

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**



**HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LA ENTREVISTA CLÍNICA DE  
MÉDICOS RESIDENTES DE ONCOLOGÍA DEL IREN-NORTE,  
TRUJILLO -2016.**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

**AUTORA: Br. Rosa Giselle Díaz Reyna**

**ASESOR: Mg. Carlos Celi Arévalo**

**Trujillo, diciembre del 2016**

## **DEDICATORIA**

*A Dios y mis padres Juan y Liz, quienes me guían e  
inspiran cada día.*

*Rosa Giselle Díaz Reyna.*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento especial a Dios, porque sin él nada de esto hubiera sido posible. A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, su tenacidad y lucha interminable han hecho de ellos un ejemplo a seguir por mí. A mi padre Juan, por su respaldo y apoyo incondicional en el desarrollo de esta investigación, sus consejos me inspiran a querer ser mejor profesional y persona. Agradezco también al Ms. Carlos Celi Arévalo, por su valiosa asesoría y apoyo en la culminación del presente informe. A todos ellos, gracias por tanto amor.

*Rosa Giselle Díaz Reyna.*

## **EPIGRAFE**

*Las habilidades comunicativas del profesional de la salud representan hoy en día uno de los aspectos fundamentales en la atención médica. Una comunicación clínica efectiva afecta de manera positiva al proceso diagnóstico-terapéutico, es por ello que los médicos deben dominar una serie de habilidades, tener unos conocimientos específicos y presentar actitudes definidas.*

*Stewart M. & Kaplan C.*

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>EPÍGRAFE</b> .....	iv
<b>ÍNDICE</b> .....	v
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
1.1.El problema de Investigación .....	9
1.2.Delimitación .....	9
2. Antecedentes .....	11
3. Enunciado del problema.....	14
4. Objetivos .....	14
4.1. Objetivo General .....	14
4.2. Objetivos Específicos .....	14
5. Justificación .....	14
<b>II. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	16
1. La comunicación intrapersonal.....	16
1.1. Introducción.....	16
1.2. Comunicación intrapersonal como base de la comunicación interpersonal...	17
1.3.Definición de Comunicación interpersonal.....	17
1.4.Importancia de la comunicación interpersonal .....	18
1.5.Competencias comunicativas .....	19
1.6.La comunicación no verbal en las relaciones humanas.....	21
1.7.La comunicación interpersonal en las organizaciones .....	22
1.8.Comunicación y Salud .....	23
1.8.1. Habilidades comunicativas genéricas en el área de salud.....	25
1.8.2. Habilidades comunicativas específicas en el área de salud .....	26
1.9.Métodos de evaluación y autoevaluación en salud .....	27
1.9.1. Entrevista clínica .....	27
1.9.2. Minicex.....	28
1.9.3. La Escala CICA A .....	29

<b>1.10. El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN – Norte)</b>	<b>29</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>31</b>
<b>IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>61</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>68</b>

## RESUMEN

La presente investigación está enfocada en determinar las habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte en la entrevista clínica – 2016, proceso que consideró a los médicos residentes del área oncológica del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas matriculados en el año 2016 de prácticas académicas. En este estudio de naturaleza aplicada y de carácter descriptivo, se trabajó con una muestra no probabilística determinada por conveniencia de 28 residentes del área de oncología, a quienes se les aplicó la encuesta aplicada en la escala CICAA para el proceso de autoevaluación (médicos residentes) y heteroevaluación (médicos tutores). Los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel 2010 y procesados en el software IBM SPSS v. 22. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y para determinar si existía diferencia significativa en la autoevaluación y heteroevaluación se utilizó la prueba t de Student. Los principales hallazgos señalan de que el nivel de habilidades comunicativas, según la autoevaluación en médicos residentes es satisfactoria en el 79% y es insatisfactoria en el 21% de los casos, mientras según la heteroevaluación de los tutores de los médicos residentes es insatisfactoria en el 82% y satisfactoria en el 18% de los casos y se determinó que existe una diferencia significativa entre los resultados de la autoevaluación y heteroevaluación a los residentes de oncología del IREN Norte.

***Palabras clave:*** Habilidades comunicativas, autoevaluación, heteroevaluación.

## ABSTRACT

This investigation is focused on determining the communication skills of resident's oncology of the North IREN in the clinical interview - 2016, process that it was considered the medical resident's oncology of the Regional Institute of Neoplastic Diseases enrolled in the 2016 academic practices. In this study of applied nature and descriptive nature, worked with a nonrandom sample determined by convenience of 28 residents of stomach cancer area, who were administered the survey applied with the CICAA scale for self-evaluation process (resident physicians) and heteroevaluation (medical teachers). Data were entered into a spreadsheet in Excel 2010 and processed in the IBM SPSS software v. 22. For data analysis and descriptive statistics were used to determine whether there was significant difference in self-evaluation and heteroevaluation. Students t test was used. The main findings indicate that the level of communication skills, according to the self-assessment medical residents is satisfactory in 79% and unsatisfactory in 21% of cases, while according heteroevaluation tutors of resident doctors is unsatisfactory in 82% and satisfactory in 18% of cases and determined that there is a significant difference between the results of self-evaluation and heteroevaluation of the oncology resident's area from the IREN.

**Keywords:** *Communication skills, selfvaluation, heteroevaluation.*



## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1. El problema de Investigación**

#### **1.1. Delimitación**

Uno de los principales propósitos de la educación universitaria es garantizar la calidad de la competencia profesional de todos los graduados de ciencias de la salud. El médico mediante la comunicación con su paciente debe realizar una de sus labores más importantes: aliviar el sufrimiento relacionado con la enfermedad.

No basta que el progreso tecnológico esté permitiendo la utilización de procedimientos cada vez más complejos de diagnóstico y tratamiento: la comunicación médico-paciente sigue siendo esencial en la relación personal que se teje en ella, y en los posibles beneficios terapéuticos que de allí se generan. Por lo tanto, no es suficiente disponer de una buena habilidad clínica para asegurar que la entrevista sea satisfactoria, cada vez es más evidente que también se requieren habilidades comunicativas que deben ser aplicadas a la relación médico-paciente.

Hoy, la comunicación es una competencia genérica en las currículas de muchas universidades del mundo. En el área de la salud incluye la comunicación con el paciente en la entrevista, las habilidades de escucha, la comunicación de malas noticias, la empatía, el respeto por la diversidad, las habilidades para transmitir recomendaciones a los pacientes y sus cuidadores, por lo que la relación que el médico y el paciente establecen es clave para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades (Bosman F, et al.; 2008: 136).

Para la evaluación de la comunicación en la entrevista clínica existen básicamente dos modelos: uno que prioriza el proceso de la entrevista y el estilo del profesional; y otro que enfatiza el contenido del encuentro y las tareas a conseguir en la entrevista, en este último caso se utiliza un instrumento denominado escala CICAA (conectar, interpretar, comprender, acordar y ayudar a actuar), que se usará en esta investigación. (Ruiz Moral R y Pérula L; 2006:37).

La escala CICAA considera cuatro categorías: 1) contenidos, 2) actos de habla o instrumentales, 3) comunicación no verbal y 4) valoración afectiva. Se ajusta a los criterios de Kalamazoo, considerados como un referente para la evaluación de las tareas de la entrevista clínica, e incluye sus seis tareas básicas: abrir la discusión, obtener información, entender la perspectiva del paciente, compartir información y alcanzar acuerdos sobre los problemas, y los planes (Duffy FD, et al; 2006: 127-34).

El residentado médico de la Universidad Privada Antenor Orrego cuenta con 52 médicos en proceso de especialización, de los cuales, 30 atienden en el área de medicina oncológica del IREN Norte. Siendo importante la efectividad de la comunicación médico-paciente, se realizó un sondeo exploratorio a los médicos residentes de oncología para obtener un primer panorama sobre el tema, los resultados demuestran que conocen el significado de establecer una relación comunicativa óptima con los pacientes, sin embargo, por el corto tiempo de entrevista y alto número de pacientes, no se logra cumplir este objetivo.

En los programas de los cursos de profesionalización y del año de prácticas académicas (último año de la carrera) de ciencias de la salud de la UPAO, no se evidencia la evaluación del proceso de aprendizaje de esta competencia, ni el nivel de logro previo al egreso de la facultad, situación también presente en instituciones que cuentan con cursos y estrategias para el aprendizaje de las habilidades comunicativas, pero que dan menor importancia a su evaluación.

Se entiende por habilidades comunicativas a la capacidad de desempeñar determinadas tareas de manera consistente para influir en las personas, se orienta a un proceso, pues la comunicación es un círculo donde el sujeto influye en otros individuos y los otros en él. Por lo tanto, es necesario dominarlas para afrontar los diversos cambios que se presentan en el entorno del ser humano y aun más para los profesionales de la salud, quienes influyen de múltiples formas en los pacientes. (O'Connor y Seymour;1999).

El presente proyecto de tesis pretende evaluar los resultados de la habilidad comunicativa de los residentes de oncología en la entrevista clínica, por medio de

una escala validada, para identificar las fortalezas y debilidades y hacer propuestas en la formación en el área de comunicación que lleve a un mejor desempeño profesional de los egresados.

## **2. Antecedentes**

En la concepción clásica, las competencias clínicas básicas del médico no incluían las habilidades de comunicación (HC), siendo *“la comunicación una habilidad innata del profesional, que no se podía aprender y (. . .) no requería enseñanza”* (Moore P, Gómez G y Kurtz S; 2012: 44-65).

Paralelamente a la integración de esta competencia en las universidades anglosajonas (pioneras en esta disciplina), en España el proceso de implantación no brotaba del ámbito universitario, quedando relegado al posgrado y especialmente vinculado al colectivo de Atención Primaria (Clèries Costa X, et. al. 2003; 110).

Tiuraniemi J, et al. (2011:152–157), realizan un estudio piloto con estudiantes de medicina y psicología quienes evalúan su propia competencia y habilidades con un cuestionario semi-estructurado antes y después de la formación, en el que se utilizó el juego de roles para enseñar habilidades interpersonales y de comunicación. Estos autores concluyen que a pesar de un corto período de formación en habilidades interpersonales y de comunicación, éste puede afectar positivamente las habilidades de auto-evaluación de los estudiantes de medicina. Recomiendan que, en el futuro, valdría la pena prestar atención a las prácticas de enseñanza reflexiva en la formación de los estudiantes de medicina y psicología, ya que los componentes cognitivos y emocionales de estas prácticas ayudan a los estudiantes a desarrollar sus propias habilidades de comunicación.

Ruiz Moral R y Pérula de Torres LA (2006: 320-324), evalúan la validez y la fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica de un profesional sanitario para la atención primaria y especializada en la que participaron 20 profesionales expertos en comunicación y se realizaron 31 entrevistas con pacientes atendidos por enfermeros, médicos de atención primaria y especializada, residentes con pacientes agudos y crónicos, reales y

estandarizados. Partiendo de una escala evaluativa de 3 niveles, multidimensional con 36 ítems basada en un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar: CICAA), y realizan: *a*) estudio de validez aparente, de consenso y contenido: los expertos en comunicación clínica realizaron dos evaluaciones, una primera de tipo cualitativo y una segunda para ponderar la importancia de los ítems restantes, y *b*) estudio de la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador; obteniéndose una escala de 29 ítems. Un experto evaluó 31 entrevistas videograbadas en dos ocasiones con un intervalo de 1-2 meses, concluyendo que el CICAA es un cuestionario válido y fiable para evaluar la comunicación clínica de diferentes profesionales sanitarios y pacientes.

Sogi C, et al. (2006: 30-37). Se estudia en el Perú la percepción de graduados de medicina sobre su formación en habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación. La población de estudio fueron los postulantes a plazas de residente en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para el año 2005 a quienes aplican un cuestionario adaptado de tres instrumentos, sometidos previamente a estudios de validez y confiabilidad. Participaron 917 graduados, 59% varones, 56% entre los 25 y 29 años de edad. Pese a que el 85% respondió haber tenido formación en habilidades clínicas básicas, se identificó deficiencias en el dominio de: *a*) el método clínico; *b*) la obtención de información psicosocial; *c*) la evaluación de la comprensión del paciente; *d*) el manejo de emociones; *e*) la comunicación no verbal. En comentarios de los participantes, se identificó el factor tiempo como limitante para la adecuada relación/comunicación con el paciente. Concluyen que la identificación de deficiencias en habilidades clínicas básicas, han de ser consideradas en programas de intervención educativa.

Eva KW y Regehr G (2005: 46-54). Los autores direccionan la tensión entre la autoevaluación como una parte crítica de la regulación profesional y la falta de evidencia para una autoevaluación efectiva. Enfatizan además que el proceso complicado de autoevaluación incluye diversos procesos y funciones cognitivas como un monitor, un mentor y un motivador a través de procesos de evaluación, inferencia y predicción”. Reconociendo que hay que observar que la autoevaluación es pobre en comparación con la evaluación externa, Eva y Regehr

estudiaron la validez de una nueva conceptualización de la auto-evaluación en la práctica. Los resultados revelaron que los participantes mostraron comportamientos indicadores de ser conscientes de los límites de su capacidad y destacan que el uso de la reflexión en la práctica es una herramienta valiosa. Concluyeron que el uso de estas medidas de comportamiento muestra que la autoevaluación cuando se utiliza como un proceso de supervisión continua es útil en la práctica diaria.

Fellowfield L, et al. (2002;650). Los autores evalúan la eficacia de un curso intensivo de capacitación de 3 días en habilidades comunicativas en un ensayo controlado aleatorio en el que 160 oncólogos de 34 centros de cáncer del Reino Unido se asignaron al azar a cuatro grupos: la retroalimentación escrita seguida por capacitación; sólo capacitación; sólo retroalimentación escrita; y control. En cada uno de dos períodos de evaluación, fueron grabados en video consultas, seis a diez pacientes consecutivos por médico. Concluyen que los problemas de comunicación de los médicos expertos que trabajan en oncología no se resuelven con el tiempo y la experiencia clínica y que los cursos de capacitación mejoran significativamente las habilidades claves de comunicación.

Varias organizaciones internacionales han reconocido la importancia de la comunicación entre médicos y pacientes. Por ejemplo, la evaluación de habilidades clínicas, administrada por la Comisión Educativa para Médicos Graduados Extranjeros en USA, como parte de su proceso de certificación, incluye un componente de comunicaciones discretas que tendrán que pasar independientemente del contenido de cualquier historia clínica de casos específicos o examen físico. (Whelan GP; 1999: 156–60).

En respuesta a estos estímulos en el 2002 el Instituto Fetzer en Kalamazoo, Michigan, se realizó un informe donde se resume el estado del arte en la enseñanza y la evaluación de las competencias en habilidades de comunicación e interpersonales. Los educadores participantes, evaluadores y los investigadores consideraron: 1) el contenido de las habilidades de comunicación e interpersonales, 2) herramientas comunes de evaluación, y 3) ejemplos de cómo se podrían utilizar las evaluaciones para la enseñanza y la evaluación. el estado

del arte en la enseñanza y la evaluación de competencias en habilidades de comunicación e interpersonales. (Duffy FD, et al. 2004: 495–507).

### **3. Enunciado del problema**

¿Cuáles son las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de los médicos residentes de oncología del IREN Norte?

### **4. Objetivos**

#### **4.1. Objetivo General**

Determinar las habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte en la entrevista clínica.

#### **4.2. Objetivos Específicos**

- a) Describir la autoevaluación de las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte durante la entrevista clínica con los pacientes según género y año de formación.
- b) Describir la heteroevaluación de las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte durante la entrevista clínica con los pacientes según género y año de formación.
- c) Elaborar un cuadro comparativo de las habilidades y debilidades comunicativas con mayor incidencia en los médicos residentes de oncología del IREN Norte durante la entrevista clínica, definidas en los procesos de heteroevaluación y autoevaluación.

### **5. Justificación**

En los últimos años, el cuidado del paciente con cáncer está sufriendo grandes cambios. Durante el desarrollo de la enfermedad, los pacientes y sus familiares, presentan necesidades físicas y psicológicas cada vez más complejas, que exigen ser abordadas adecuadamente. El profesional de la comunicación tiene asignado una función interesante y útil para los profesionales de la salud: el estudio del paciente, el comportamiento del paciente, sus expectativas, así como el comportamiento estrictamente médico que permiten a un hospital conocer mejor a sus pacientes y profesionales.

El aporte de esta investigación es de carácter metodológico, ya que evalúa una parte de la realidad mediante el uso de una encuesta validada (CICCA), la cual permitirá la autoevaluación y la heteroevaluación de los residentes. La heteroevaluación con retroalimentación por parte de los tutores a través de los exámenes Mini-Cex y la autoevaluación que será considerada en la evaluación formativa y sumativa, lo que para ellos no es ajeno a su formación y la realizan de manera ética y honesta, siendo analizada con sus tutores estableciendo una retroalimentación inmediata y un plan de mejora con plazos a cumplir.

La propuesta de investigación proporcionará información que será útil para plantear nuevas hipótesis con respecto a aspectos de la comunicación entre médicos en formación y los pacientes en el contexto oncológico, permitiendo a futuro implementar estudios experimentales. Además, de establecer un plan que contribuirá a un mejor desempeño clínico de los médicos con los pacientes, la familia y la comunidad a la que sirven en el mundo real.

De acuerdo a la revisión de la literatura realizada no se han encontrado estudios previos a nivel nacional que comparen, mediante una encuesta validada como la aplicada en este proyecto, la heteroevaluación y autoevaluación de las habilidades de comunicación. Además, esta investigación resulta importante al pretender estudiar si en nuestra realidad, las mujeres tienen mejores habilidades comunicativas que los varones médicos en vista que estudios previos han informado esta tendencia. En conclusión, esta investigación es inédita en nuestro medio ya que la mayoría de la investigación previa se ha efectuado en realidades anglosajonas y en España.

## **II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1. La comunicación interpersonal**

#### **1.1. Introducción**

“La comunicación se encuentra en el fundamento de toda sociedad humana, en todos los niveles, desde la comunicación que mantenemos con nosotros mismos hasta la organizacional o institucional y la de masas que abarca todos los niveles sociales. Podemos decir que sociedad es comunicación” (Gutiérrez y Vera, Sylvia; 2012).

En la socialización interpersonal, la comunicación tiene características propias. A través de la comunicación interpersonal nos vamos colocando a través del diálogo de manera conciliadora, casi siempre, en una posición en la que el intercambio de frases, miradas, gestos no nos coloquen en una postura de la que no haya retorno.

En relaciones interpersonales tiene más valor sumar que restar relaciones, que pueden ser consideradas amistosas. En este tipo de situaciones, compartimos gustos, puntos de vista, con las que podemos platicar intercambiar ideas y coincidir.

Es importante la coherencia en la comunicación, considerar que la comunicación, si bien es un fluido compuesto de palabras, frases y oraciones que hacen sentido, éstas se apoyan en un complejo de acciones y actitudes que le otorgan coherencia, complementan el mensaje. Por tanto, la comunicación va desde la palabra hasta el gesto, el lenguaje no verbal, la ropa, la posición del cuerpo, la mirada, etc.

Para tener éxito en una relación debe haber la capacidad para entender a la otra persona y a su mundo, como si fuera ella misma. Un buen acto de comunicación interpersonal involucra la comprensión empática, la aceptación positiva incondicional y la congruencia. La empatía nos lleva a un acercamiento con la otra persona y con nosotros mismos, pero sin dejar de ser nosotros mismos; la aceptación (positiva incondicional) nos permite apreciar, acoger y valorar al



individuo sin prejuicios; el desarrollo humano tiene el papel activo y asume la responsabilidad del otro; y la congruencia implica tener conciencia de que vivimos rodeados e inmersos en un contorno social con el cual interactuamos.

### **1.2. Comunicación intrapersonal como base de la comunicación interpersonal**

Para Meichembaum, la comunicación intrapersonal es aquella que se desarrolla dentro de las personas. Es un proceso de naturaleza cognitiva y se utiliza como técnica de intervención psicológica. Incluye la integridad personal, particularidad humana que se fortalece a través de la autoestima, la identidad, la autonomía, la humildad, la empatía, la capacidad de diálogo y valore, factores indispensables para la construcción de contextos estables (198: s/p).

La comunicación intrapersonal se refiere al procesamiento humano de la información por parte del individuo. Es decir, es un acceso al universo emocional interno, cómo capta la información y cómo se procesa para darle sentido. Valbuena plantea la comunicación intrapersonal al tratar el tema del seleccionado gatekeeper y el procesamiento de la información que realizaba para seleccionar las noticias. La teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1982), porque el mensaje puede provocar tensión a la persona puede provenir de una comunicación interpersonal o masiva. Solo a través de la conducta verbal y no verbal se puede inferir la posible actitud de una persona (1997; 149-154).

### **1.3. Definición de comunicación interpersonal**

La Teoría Interpersonal de Derek Lane (Lane D; 2000: s/p), se basa en la interacción de dos sujetos, con lo que cobra gran importancia la actitud imprevisible que va a adoptar el “otro”. Lane separa cuatro orientaciones:

- Relacional/Cualitativa. Ambos actores actúan como emisores y receptores.
- Situacional/Contextual. El contexto es lo más importante en el proceso comunicativo.
- Cuantitativa. Incluye la comunicación impersonal y la no verbal.
- Funcional/Estratégica. El objetivo de la comunicación es obtener logros personales. Spitzberg y Cupach (Communication Competence) (Spitzberg, B y Cupach, W; 1984: s/p), plantean una teoría que se ubicaría dentro de la función

estratégica de Lane anteriormente mencionada, puesto que su objetivo es conseguir logros personales de la comunicación. Consta de tres elementos: Conocimiento: Saber cuál es la conducta más adecuada en cada situación comunicativa; Habilidad: Saber aplicar el comportamiento en un contexto dado; Motivación: Deseo de comunicar de un modo adecuado.

#### **1.4. Importancia de la comunicación interpersonal**

Si comunicar es tan importante, deberíamos saber perfectamente ¿Qué es o en qué consiste comunicar? De manera sencilla, podría entenderse como el hecho de transferir información desde la mente de la persona emisora a la mente de la persona receptora. Si no hay esa transferencia de información, no hay comunicación. Lo que se transfiere pueden ser datos, sentimientos, emociones, en información, con frecuencia acompañada de emociones que realzan o deterioran la información transmitida.

La siguiente pregunta es ¿Y por qué necesitamos transmitir información? En los procesos humanos se entiende que esa información sirve para generar reacciones, pero no reacciones como actos mecánicos, sino que están cargadas de emotividad; es decir que en la comunicación construimos información para establecer relaciones de mayor y mejor cualidad. Y de allí surge el entendimiento de la comunicación como el acto y proceso del relacionamiento humano. Los seres humanos no pueden vivir aislados, salvo casos individuales, y en ese sentido, elaboran de manera intencional o inconsciente procesos que permitan acercarse o alejarse de los demás, el hecho es que ese proceso debe procurar aminorar un conflicto; es decir, que un proceso de comunicación debe procurar relacionar o romper esa relación, aminorando el nivel de conflicto que existía antes de ese hecho.

La comunicación es clave en el ámbito profesional pero también en el personal. Cuando una relación se rompe, normalmente, el origen del problema está en un fallo de la comunicación. Primero empieza fallando la comunicación, luego se pierde el interés mutuo, posteriormente empieza el rechazo y al final se termina en ruptura.

Pajaro, Senén (2010: 196), considera que los seres humanos necesitamos información y por eso la comunicación es tan importante. Cuando transmitimos información lo hacemos de varias formas. La más habitual es a través de la palabra, ya sea oral o escrita. Podemos utilizar también el lenguaje de signos. Los gestos y la entonación que utilizamos suponen una parte importantísima del mensaje que transmitimos. Los estudios sobre formas de comunicación establecen que lo que decimos es un 10 % del mensaje, como lo decimos es el 40 % de dicho mensaje, y el restante 50 % está formado por los gestos que hacemos, el lenguaje corporal.

Si ignoramos los parámetros anteriores, eso se traducirá en ineficacia en la comunicación, en malentendidos y roces que harán que las personas que participan del acto se resientan, y si forman parte de una organización, harán que ésta funcione de forma deficiente. La comunicación interpersonal es el aspecto más importante de la formación humana.

La comunicación interpersonal es la forma básica y elemental de comunicación y, por lo mismo, la manifestación de referencia básica en todo proceso de interacción social. Las relaciones personales de interacción comunicativa abren, en cierto modo, un espacio de configuración de las percepciones, que favorece la expresividad y desarrollo humanos, convirtiéndose en numerosas ocasiones en una forma terapéutica de tratamiento de nuestros miedos e inhibiciones. La comunicación interpersonal contribuye a la realización de funciones como: la regulación del consenso respecto al propio autoconcepto e imagen; la reproducción de las formas de relación social; el intercambio de información; la negociación interpersonal.

### **1.5. Competencias comunicativas**

Construir competencias comunicativas, en definitiva, comprende el conjunto necesario de precondiciones, conocimiento y reglas que hacen posible y actuable para todo individuo el significar y el comunicar en un contexto histórico-cultural determinado, entendida esta capacidad como la emisión y captación de mensajes (textos) que lo colocan a uno en trato comunicativo con otros interlocutores de una misma o distinta comunidad lingüística. En otras palabras, el dominio de la

comunicación interpersonal presupone un conjunto de habilidades lingüísticas, semióticas y pragmáticas elementales, que hacen actuable y definible el procesamiento (cognitivo) de información en un contexto (social) histórico (cultural) determinado, en forma de competencias operacionales básicas en toda interacción como:

a) La competencia lingüística. Para que el proceso de interacción tenga lugar, la comunicación exige de la persona la suficiente capacidad de producir e interpretar signos verbales mediante el desarrollo de una competencia fonológica, como capacidad de producción y recepción de sonidos; una competencia semántica, entendida como capacidad de emitir y reconocer significados; una competencia sintáctica, como capacidad de formar unidades de significación; y una competencia textual, como capacidad de unir e integrar las unidades de significación en el contexto lingüístico más general.

b) La competencia paralingüística. La comunicación social presupone además algunas características asociadas al significante como el énfasis, la cadencia de pronunciación, la exclamación, el llanto o las risas que puntúan y otorgan sentido a un texto o mensaje concretos en el vivo proceso de interacción comunicativa.

c) La competencia kinésica. La efectividad de la comunicación depende además del conocimiento de ciertas habilidades como la movilidad, los gestos, los ademanes, la mímica, los movimientos de rostro, el uso de las manos, las posturas, etcétera.

d) La competencia proxémica. Como en la comunicación de otras especies, los seres humanos desarrollamos además la capacidad de variar las actitudes espaciales y las distancias interpersonales en el acto de tocarnos y de estar o no en contacto con los otros, como parte de una forma general de organización del espacio y del territorio físico, que media en las formas de comunicación inmediata.

e) La competencia ejecutiva. El proceso de interacción social que establecemos con otras personas tiene por otra parte un sentido práctico de intencionalidad manifiesta o implícita, para la que desarrollamos las habilidades de

comunicación, lo que exige del sujeto varias destrezas cognitivas en el manejo de los diversos lenguajes.

f) La competencia pragmática. El uso de los signos lingüísticos y no lingüísticos de manera adecuada al contexto y situación comunicativa, a partir de las intenciones por las que establecemos la comunicación, implica por otra parte un aprendizaje contextualizado “in situ” de las prácticas socioculturales de interacción comunicativa.

g) La competencia sociocultural. La comunicación, en fin, es un proceso de mediación social vinculado a la reproducción de la cultura y a las dinámicas de socialización que implica un conocimiento y reconocimiento de las situaciones, los roles, las normas y el tipo de relaciones públicas que se desarrollan en el entorno, mediante la concepción e interpretación de los significados y los elementos de la propia cultura informativa (Ricci/Zani, 1990: 19-54).

### **1.6. La comunicación no verbal en las relaciones humanas**

Además del lenguaje verbal, el proceso de comunicación exige un conocimiento suficiente de diversas habilidades de aplicación de los códigos culturales, en las que el dominio del habla no es independiente del contexto físico inmediato y la cultura del cuerpo a él asociados.

Toda interacción lingüística necesita el recurso de otros códigos presenciales. La comunicación no verbal constituye, en este sentido, un componente estructurante básico de la comunicación interpersonal, que articula lo público y lo privado, mostrando las manifestaciones más íntimamente subjetivas y personales, en el proceso de interacción.

Los códigos y las formas no verbales de interacción comunicativa cumplen al menos seis funciones básicas:

a) Comunicar nuestra identidad. Las señales no verbales son reflejos precisos de características asociadas con la propia personalidad.

b) Expresar nuestra capacidad de relación hacia los otros. A través del espacio y del cuerpo, la comunicación no verbal nos ayuda a enmarcar el tipo de relaciones comunicativas con nuestros interlocutores, indicando señales de simpatía, de relación, de identificación o rechazo.

c) Mostrar los sentimientos y emociones. Por medio de la comunicación no verbal, todo sujeto expresa, más o menos inconscientemente, sentimientos de ansiedad, de admiración, de miedo o de sorpresa, que son indicativos del estado de ánimo y los procesos psicológicos vividos en el proceso de interacción comunicativa.

d) Influir en la conducta de los miembros del grupo. La comunicación no verbal es además un elemento de persuasión y seducción social.

e) Lograr la eficacia del procesamiento de información. Completando el poder evocativo de la palabra en la organización del proceso informativo, el comportamiento no verbal es un medio necesario para el desarrollo comprensivo de la comunicación lingüística.

f) Dirigir y articular el proceso de intercambio. La comunicación no verbal por otra parte regula y retroalimenta el proceso de interacción social, definiendo por medio de señales los turnos de palabra, los cierres, las pausas y el propio ritmo de la comunicación interpersonal.

Por lo menos diez (10) tipos de códigos intervienen en la realización de tales funciones: el contacto físico, la proximidad, la orientación, la apariencia, las inclinaciones y movimientos de cabeza, la expresión del rostro, los gestos, la postura, el contacto visual y los aspectos no verbales de la palabra. Todos y cada uno de estos códigos no verbales son medios de interacción y de conocimiento más o menos reflexivos sobre la naturaleza del proceso de comunicación. Constituyen por tanto componentes básicos de regulación del proceso de la relación social, tanto individual como organizativa y grupalmente.

### **1.7. La comunicación interpersonal en las organizaciones**

El recurso más importante de cualquier organización está constituido por el equipo humano que la integra, quienes desarrollarán sus actividades de forma coordinada, según las responsabilidades que le asignen. Si no hubiera una adecuada comunicación entre ellos, su actuación podría ser caótica.

La comunicación interpersonal sirve para marcar objetivos y tácticas, para reportar problemas y dificultades, en definitiva, para dar cohesión, fluidez, flexibilidad, coherencia, energía, motivación y empuje al equipo. Es el combustible sin el cual no puede funcionar el motor que moviliza toda la organización.

La comunicación fluye de arriba-abajo, de abajo-arriba, horizontalmente, en las organizaciones; casi siempre a través del eslabón persona a persona. Si este eslabón fallase, normalmente se cortaría la comunicación organizativa y el equipo se derrumbaría, surgiría el caos, y al final la propia organización dejaría de existir.

### **1.8. Comunicación y Salud**

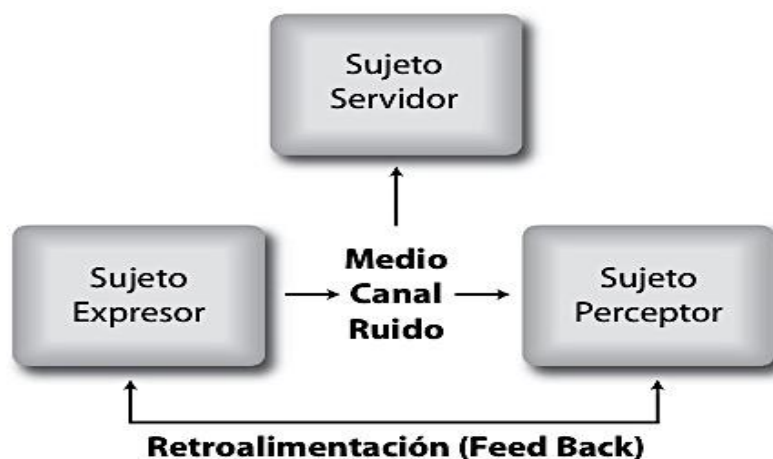
La comunicación, entendida como relación humana, desempeña un papel esencial en los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación de la dimensión comunicativa de las competencias profesionales en el ámbito de la salud. Las principales instituciones de educación en el área de salud han alcanzado consenso, avalado por evidencias respecto a los objetivos, contenidos y metodologías que deben llevarse a cabo para un adecuado aprendizaje de habilidades comunicativas. Sin embargo, debido a la enorme complejidad de la comunicación humana en contextos de salud, enfermedad y trastornos, es necesario repensar los fundamentos epistemológicos adecuados para estudiar y evaluar la comunicación. El estudio y la evaluación deberían contemplarse en las realidades donde se interrelacionan profesionales y pacientes (X. Clèries; 2010: 25-31).

La comunicación en la salud se da a través de un proceso que engloba tareas específicas y comportamientos observables tanto del profesional como del

paciente, que incluye entrevistas para obtener una historia médica, explicar el diagnóstico y el pronóstico, dar instrucciones terapéuticas y la información necesaria para el consentimiento informado para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y proporcionar asesoramiento para motivar la participación en el tratamiento o para aliviar los síntomas. (Coulehan JL y Block MR; 2001: s/p), (Cole SA y Bird J; 2000:13).

El proceso comunicativo, tiene por objetivo sentar las bases teóricas para que cada profesional de la salud, dependiendo de la responsabilidad y labor que realice, y pueda focalizar el aprendizaje en soluciones prácticas que se reflejen en una práctica profesional más efectiva, sustentada en relaciones interpersonales óptimas. Todo proceso comunicativo debe entenderse como una serie de acciones que relacionan a un emisor con un receptor a través de un medio o canal.

**Figura 1. Proceso comunicativo**



*Figura 1. Proceso comunicativo*

La comunicación constituye una de las partes nucleares de la competencia del profesional de la salud.



**Figura 2. Dimensiones esenciales de la competencia**



**Figura 2. Dimensiones esenciales de la competencia. *Global Minimum Essential Requirements* (Institute for International Medical Education).**

Así pues, se puede afirmar que la comunicación no es algo que depende de la personalidad del profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas. Actualmente, se considera la comunicación como una dimensión de la competencia de los profesionales de la salud susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Estos aspectos, incluso, vienen avalados por la evidencia de estudios que demuestran que una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una mayor adhesión terapéutica por parte del paciente, en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades y en una disminución de las demandas contra los profesionales. (Street RL, et al. 2009: 295-301).

El Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. propone un modelo para los procesos de comunicación centrados en el paciente y los resultados en el cuidado del cáncer se organizan alrededor de seis funciones nucleares de la comunicación médico-paciente (Epstein RM, Street RL; 2007):

- Fomentar las relaciones curativas
- Intercambio de información
- Respuesta a las emociones
- Manejo de la incertidumbre
- Toma de decisiones

- **Habilitación del autocuidado del paciente.**

### **1.8.1. Habilidades comunicativas genéricas en el área de salud**

Mientras que las habilidades comunicativas son el desempeño en tareas y comportamientos específicos de un individuo, las habilidades intrapersonales e interpersonales son inherentemente relacionales y orientadas a procesos. Las habilidades interpersonales se enfocan sobre el efecto de la comunicación en otra persona y las habilidades intrapersonales se enfoca en lo que se produce en la mente de un individuo y que, por tanto, tiene una influencia directa en sus actitudes y comportamientos.

Estas competencias han sido descritas como “cualidades humanísticas” por la Junta Americana de Medicina Interna (ABIM) (American Board of Internal Medicine; 1995). Las habilidades intrapersonales e interpersonales se construyen en habilidades básicas de comunicación, las cuales únicamente no son suficientes para crear y mantener una relación terapéutica.

La falta de habilidades intrapersonales e interpersonales puede ayudar a explicar por qué la experiencia en un encuentro con los pacientes se correlaciona de manera poco sólida con las valoraciones objetivas de las habilidades de comunicación de un médico (Stewart M, et al. 2000: 805). Los elementos importantes de estas habilidades incluyen: 1) El respeto, incluyendo el tratar a los demás como uno quiere ser tratado; 2) poner atención al paciente canales de comunicación verbal abierta, no verbal e intuitiva (Janisse T y Vuckovic N; 2002: 35–40), 3) estar personalmente presente en el momento con el paciente, consciente de la importancia de la relación; y 4) tener la intención cuidar, no sólo para aliviar el sufrimiento sino también ser curioso y estar interesado en las ideas, los valores y las preocupaciones del paciente (Zoppi K y Epstein RM; 2002: 319).

### **1.8.2. Habilidades comunicativas específicas en el área de salud**

En la búsqueda de las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud, aparentemente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su

práctica clínica. Sin embargo, Dubé, describe las que consideran necesarias para el médico que labora en cualquier nivel de atención médica (Dubé; 2000: 45-54).

### **Habilidades comunicativas básicas**

- Abrir y cerrar la entrevista.
- Iniciar con una pregunta abierta.
- Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- Habilidad para organizar la entrevista.
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.

### **Habilidades comunicativas intermedias**

- Manejo de la violencia.
- Negociación para cambios de conductas indeseables.

### **Habilidades comunicativas avanzadas:**

- Habilidad para dar malas noticias.
- Historia espiritual del paciente.
- Decisiones avanzadas.
- Dilemas éticos.
- Confrontación del paciente con su diagnóstico.

Antes de la finalización de la residencia, los médicos deben demostrar su competencia en la aplicación de las tareas esenciales de comunicación a toda la gama de situaciones clínicas relacionadas con su especialidad. Los residentes deben ser capaces de comunicar información, el riesgo y la incertidumbre de manera que los pacientes puedan entender y participar adecuadamente en la toma de decisiones compartida (Towle A, Godolphin W; 1999: 766).

## **1.9. Métodos de Evaluación y Autoevaluación en Salud**

### **1.9.1. La Entrevista Clínica**

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre médico y paciente, donde consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus

sentimientos e ideas, por medio de expresiones verbales y no verbales. Cuando se encuentran médico y paciente lo primero que se presenta es la mirada, y dentro de ella la primera instancia: la cara y luego el resto del cuerpo. Después viene la palabra, pero la mirada sigue presente. Finalmente, el tacto confirma la realidad de lo que el paciente está viendo y oyendo (el saludo con la mano, la palpación durante la exploración). Y continúa diciendo que, mientras la mirada del paciente es de petición de ayuda y de comprensión, la del médico debe ser inicialmente de acogida y posteriormente ya podrá ser objetivante de investigación. En concepto de este autor, la palabra del médico se utiliza para convencer y cuando a esa palabra se le agrega afecto, sentimiento, se puede pensar en persuadir (Laín P; 2003).

Algunas veces las entrevistas se desarrollan de forma tal que el médico se interesa más en la enfermedad, que en las técnicas para abordarla y curarla y deja de lado sus propias emociones y las del paciente. Pero como todos tenemos emociones, ellas aparecerán en las diferentes actividades en que participemos. Por eso Borrel (2013), recomienda que durante la entrevista dejemos que esas emociones broten espontáneamente o porque nosotros con buen sentido las desencadenemos, y sepamos manejarlas pro-activamente, es decir, en beneficio del paciente.

### **1.9.2. El Minicex**

El Minicex (mini clinical evaluation exercise) es un método de evaluación del desempeño profesional donde se promueve la observación directa en el ámbito real de la práctica clínica para posteriormente brindar una devolución constructiva a través del feedback.

Para proporcionar retroalimentación y asesoramiento sobre el desempeño de tareas de habilidades comunicativas en la entrevista clínica, los educadores médicos han desarrollado listas de verificación ancladas al comportamiento de los componentes de las habilidades que un estudiante debe practicar para desarrollar la competencia en el manejo de la situación. La misma lista de verificación puede ser utilizada en una situación de evaluación para graduar el nivel de la competencia del candidato (Bertakis K, et al. 2001: 19 –31).

Estas listas se han utilizado para evaluar la competencia en entrevistas médicas mediante la observación y calificación del desempeño de un residente en un examen clínico con un paciente nuevo (CEX). El American Board of Internal Medicine introdujo el mini-CEX para la evaluación de habilidades clínicas, incluyendo la comunicación y las relaciones interpersonales (Norcini JJ, et al. 2003: 138).

En el uso del mini-CEX, un evaluador experimentado utiliza una lista de verificación para evaluar las tareas específicas observadas durante los encuentros clínicos enfocados que tienen una duración de 10 a 20 minutos. Después de calificar los comportamientos observados, el evaluador cambia papeles para convertirse en un entrenador y proporciona retroalimentación acerca de las calificaciones.

Con la autoevaluación y la heteroevaluación, los estudiantes se convierten en responsables y asumen un papel activo en el manejo de su propio aprendizaje. Además, desarrollan objetividad hacia los estándares y guías clínicas, que luego puede ser transferida a sus propias rutinas. La autoevaluación es importante no sólo para hacer un juicio de la propia experticia comparándola con medidas objetivas, sino que también, es la base para la identificación de necesidades de aprendizaje (Silver I, et al. 2008:25–31).

### **1.9.3. La Escala CICAA**

La escala CICAA es un instrumento diseñado para valorar la relación desarrollada entre un profesional de la salud y un paciente. Se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos), sumativos, para la investigación y para evaluar la comunicación clínica (Ruiz, M; 2001: s/p).

Considera cuatro contenidos: 1) actos de habla o instrumentales, 2) comunicación no verbal y 3) valoración afectiva. Incluye seis tareas básicas: abrir la discusión, obtener información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas, y los planes.

Cada ítem se evalúa de acuerdo a criterios específicos, con cuatro posibles resultados (0, 1, 2 y no procede). Para efectos de la claridad del lector, 0 representa no cumplir con la actividad evaluada; 1, hacerlo apenas de forma aceptable; 2, hacerlo adecuadamente, y no procede, cuando la consulta clínica no dio lugar a ciertos procesos de comunicación médico - paciente. Así, la puntuación máxima total de la escala CICAA es de 58 puntos.

#### **1.10. El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN – Norte)**

El Instituto de Enfermedades Neoplásicas IREN-NORTE se encarga de la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de pacientes con cáncer. Fue creado en el 2006 y abrió sus puertas en octubre del 2007.

Los tratamientos que se apliquen serían los mismos del INEN y habría una capacitación continua e intercambio de profesionales. Para el equipamiento, el Gobierno Regional destinó 2 millones de soles: un millón 300 mil provenientes del proyecto Chavimochic y 700 mil de recursos propios de la Región. Depende administrativamente de la Dirección Regional de Salud y técnicamente del INEN. Actualmente, cuenta con diferentes consultorios externos en las especialidades de medicina oncológica, cirugía de cabeza y cuello, mama, abdomen, ginecología y partes blandas, además de áreas de quimioterapia y radioterapia ambulatoria. Atiende a pacientes de zonas como La Libertad, Ancash, Cajamarca, Lambayeque, Amazonas, Piura, San Martín y Tumbes. Cuentan con personal médico de 39 especialistas en oncología, 68 enfermeras y 140 administrativos.

IREN-NORTE tiene como misión combatir el cáncer paciente por paciente en la macroregión nororiente a través de una atención multidisciplinaria, impulsando la docencia e investigación.

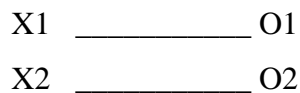
En tanto que, su visión es ser una institución líder en el manejo subespecializado oncológico de alta complejidad, mediante la implementación de un modelo de gestión clínica, en el marco de un equilibrio financiero y rentabilidad social.

### III. MATERIAL Y MÉTODO

#### 1. Diseño de investigación

##### 1.1. Tipo de diseño:

Diseño descriptivo, comparativo de doble casilla. Diagrama o esquema:



X1= Heteroevaluación docente

X2=Autoevaluación del residente

O1 y O2 = Habilidades de comunicación de los residentes de oncología.

##### 1.2. Tipo de investigación

###### a) De acuerdo con su naturaleza y/u orientación:

*Aplicada*, porque busca generar conocimiento con la aplicación de la teoría básica.

###### b) De acuerdo con la técnica de contrastación:

*Descriptiva*, porque busca describir las características de las habilidades de comunicación de los residentes de oncología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

##### 1.3. Método de investigación

Se utilizó el enfoque cuantitativo. Los resultados se presentan a través de alternativas con magnitudes numéricas ordinales obtenidas a través de los resultados de las encuestas que recogieron la opinión de los residentes y docentes de oncología.

#### 2. Población

La población estuvo conformada por treinticinco (35) médicos residentes de oncología de estómago del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas matriculados en el año de prácticas académicas (junio a octubre del 2016).

### 2.1. Muestra

La muestra fue no probabilística, determinada por conveniencia. Se seleccionó una muestra de 28 residentes del área de cáncer de estómago.

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>
<b>Año Superior</b>	9	4	13
<b>Año Inferior</b>	10	5	15
<b>Total</b>	19	9	<b>28</b>

## 3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

### 3.1. Técnicas:

Se aplicó la encuesta basada en la escala CICAA. El mismo instrumento se utilizó en el proceso de autoevaluación (médicos residentes) y heteroevaluación (médicos tutores).

### 3.2. Instrumentos:

El instrumento es un cuestionario con la estructura de la escala CICAA (**Anexo 1**), que evalúa las funciones comunicativas agrupadas en cuatro tareas con 29 ítems en total:

- *Tarea 1*: conectar con el paciente.
- *Tarea 2*: identificar y comprender los problemas de salud del paciente.
- *Tarea 3*: acordar con el paciente sobre los problemas, las decisiones y las acciones.
- *Tarea 4*: ayudar al paciente a entender, elegir y actuar.



#### 4. Operacionalización de variables

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Autoevaluación de habilidades de comunicación en la atención del paciente.	Proceso por el cual el residente de oncología asigna un valor a su desempeño en la entrevista clínica de acuerdo a la escala CICCA en un paciente real con cáncer usando un registro en video en un mini-CEX.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Conexión</i> con el paciente.</li> <li>– <i>Identificación y comprensión</i> de los problemas de salud del paciente.</li> <li>– <i>Acuerdo</i> con el paciente sobre los problemas, las decisiones y las acciones.</li> <li>– <i>Ayuda al</i> paciente a entender, elegir y actuar.</li> </ul>	Satisfactoria: Respuestas son eficientes Insatisfactoria: Respuestas son Aceptables o no cumple.	Cada ítem se evalúa de acuerdo a criterios específicos, con cuatro posibles resultados (0, 1, 2 y no procede). Para efectos de la claridad del lector, 0 representa no cumplir con la actividad evaluada; 1, hacerlo apenas de forma

				<p>aceptable; 2, hacerlo adecuadamente, y no procede, cuando la consulta clínica no dio lugar a ciertos procesos de comunicación medico - paciente. Así, la puntuación máxima total de la escala CICAA es de 58 puntos.</p>
<p>Heteroevaluación de habilidades de comunicación.</p>	<p>Evaluación de la habilidad comunicativa de los residentes según la escala CICAA en un paciente real con cáncer usando un registro en video en un mini-CEX.</p>	<p>– <i>Conexión</i> con el paciente.  – <i>Identificación y comprensión</i> de los problemas de salud del paciente.  – <i>Acuerdo</i> con el paciente sobre los problemas, las decisiones y las acciones.  – <i>Ayuda al</i> paciente a entender, elegir y actuar.</p>	<p>Satisfactoria:  Respuestas son eficientes  Insatisfactoria:  Respuestas son Aceptables o no cumple.</p>	<p>Cada ítem se evalúa de acuerdo a criterios específicos, con cuatro posibles resultados (0, 1, 2 y no procede). Para efectos de la claridad del lector, 0 representa no cumplir con la actividad evaluada; 1, hacerlo apenas de forma aceptable; 2, hacerlo adecuadamente,</p>

				y no procede, cuando la consulta clínica no dio lugar a ciertos procesos de comunicación medico - paciente. Así, la puntuación máxima total de la escala CICAA es de 58 puntos.
--	--	--	--	---

## 5. Estructura de los instrumentos

Fue un cuestionario con la estructura de la escala CICAA y fue validado con el análisis de fiabilidad del instrumento. Se realizó un estudio piloto y se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, siendo los resultados:

CUESTIONARIO	NUMERO DE CASOS	NUMERO ÍTEMS	ALFA CROMBRACH
Autoevaluación	28	29	0.816
Heteroevaluación	28	29	0.908

El valor alcanzado para este análisis fue de 0.816 en el cuestionario de Autoevaluación y 0.908 en el cuestionario de Heteroevaluación, lo que indica una alta homogeneidad y equivalencia de respuesta a todos los ítems a la vez y para todos los encuestados en ambos cuestionarios.

## 6. Escala de medición de las variables

Cada ítem fue evaluado de acuerdo a criterios específicos, con cuatro posibles resultados: 0 representa no cumplir con la actividad evaluada; 1, el valor establece un cumplimiento aceptable; 2, el valor es un cumplimiento eficiente, y NP (no procede), cuando la consulta clínica no dio lugar a ciertos procesos de comunicación medico - paciente. Así, la puntuación máxima total de la escala CICAA es de 58 puntos.

Para determinar el nivel de satisfacción de las habilidades comunicativas de los

médicos residentes de oncología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se consideró:

<b>Indicador</b>	<b>Valor de cantidad</b>	<b>Valor de cualidad</b>
Porcentaje de residentes Habilidades comunicativas eficientes.	0 a 19 puntos: No cumple	Insatisfactoria
	20 a 38 puntos: Aceptable	
	39 a 58 puntos: Eficiente	Satisfactoria
Porcentaje de residentes que presenta Conexión con el paciente.	0 a 3 puntos: No cumple	Insatisfactoria
	4 a 8 puntos: Aceptable	
	9 a 12 puntos: Eficiente	Satisfactoria
Porcentaje de residentes que presenta Identificación y compensión con el paciente.	0 a 9 puntos: No cumple	Insatisfactoria
	10 a 18 puntos: Aceptable	
	19 a 28 puntos: Eficiente	Satisfactoria
Porcentaje de residentes que presenta Acuerdo y Ayuda al paciente.	0 a 5 puntos: No cumple	Insatisfactoria
	6 a 12 puntos: Aceptable	
	13 a 18 puntos: Eficiente	Satisfactoria

## 7. Procedimiento de recolección de datos

Los 28 residentes fueron invitados a participar en la investigación y visitados en la institución de salud donde realizan sus prácticas. Posteriormente se acudió a la autorización de la institución y el consentimiento por parte del residente y el paciente, luego se procedió a grabar en video el momento de la entrevista estudiante-paciente y guardarla en formato digital. Al finalizar, se invitó a los residentes a observar su entrevista, analizar las fortalezas y aspectos por mejorar gracias a una retroalimentación de lo observado con el tutor a cargo.

## **8. Procesamiento de datos**

Los datos obtenidos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel 2010 para la elaboración y análisis descriptivo de la base de datos. Luego, se utilizó el Software IBM SPSS versión 22 como soporte para el procesamiento de datos. Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada mostrando la distribución numérica y porcentual de las variables en estudio según los objetivos propuestos.

## **9. Análisis de los datos**

Los datos de las encuestas se evaluaron a través de estadística descriptiva. La prueba t de Student fue utilizada para determinar si existía diferencia significativa entre las puntuaciones de la autoevaluación y la heteroevaluación de los médicos residentes de oncología del IREN Norte.

#### IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

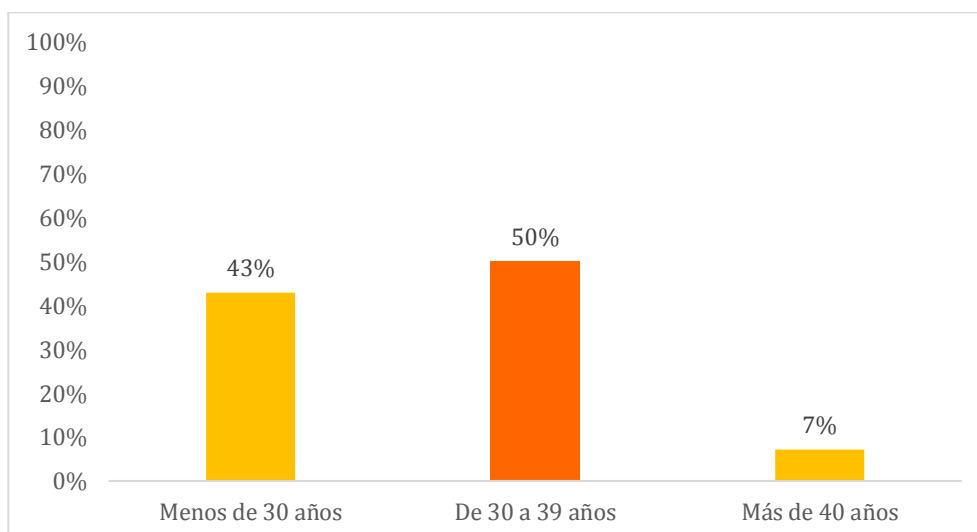
**Cuadro N° 01**

Características demográficas de los médicos residentes  
de oncología del IREN Norte

Edad	fi	%
Menos de 30 años	12	43%
De 30 a 39 años	14	50%
Más de 40 años	2	7%
Género	fi	%
Masculino	19	68%
Femenino	9	32%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

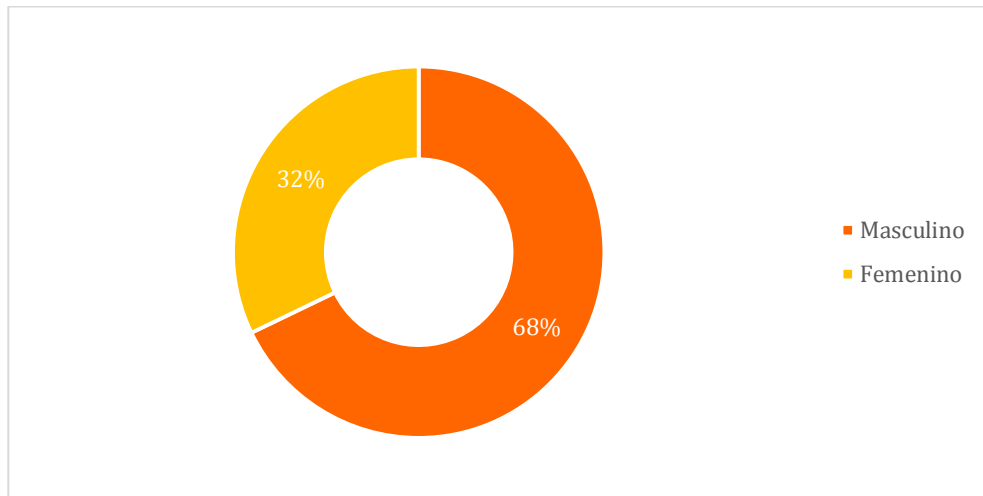
**Figura N° 01**

Edad de los médicos residentes de oncología del IREN Norte



**Figura N° 02**

Género de los médicos residentes de oncología del IREN Norte



En el cuadro N° 01, se presentan las características demográficas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte, siendo: 50% tienen entre 30 a 39 años, 43% tiene menos de 30 años y 7% tiene más de 40 años. Con respecto al género: 68% son varones y el 32% son mujeres.

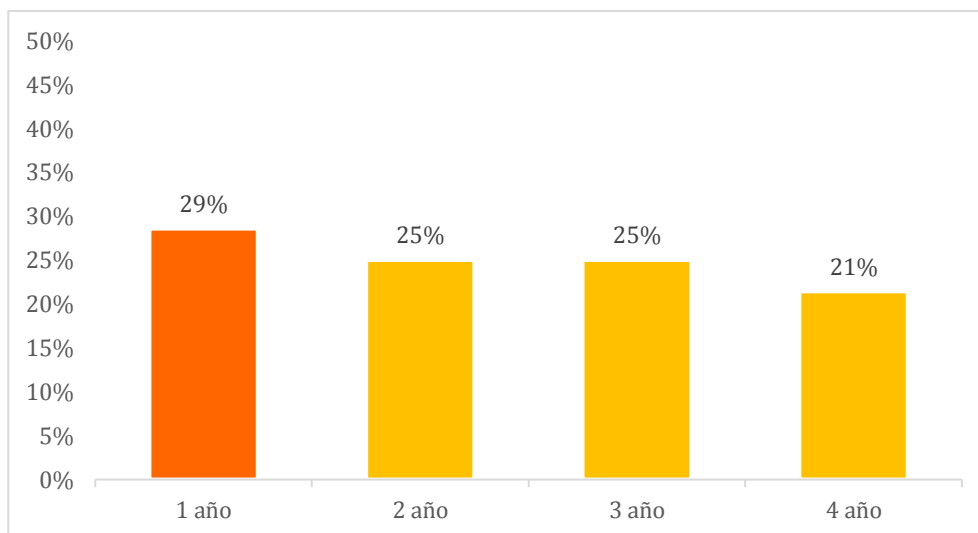
## Cuadro N° 02

Características académicas de los médicos residentes  
de oncología del IREN Norte

Nivel de estudios	fi	%
1 año	8	29%
2 año	7	25%
3 año	7	25%
4 año	6	21%
Grado académico	fi	%
Bachiller	19	68%
Maestría	1	4%
Doctorado	8	29%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

## Figura N° 03

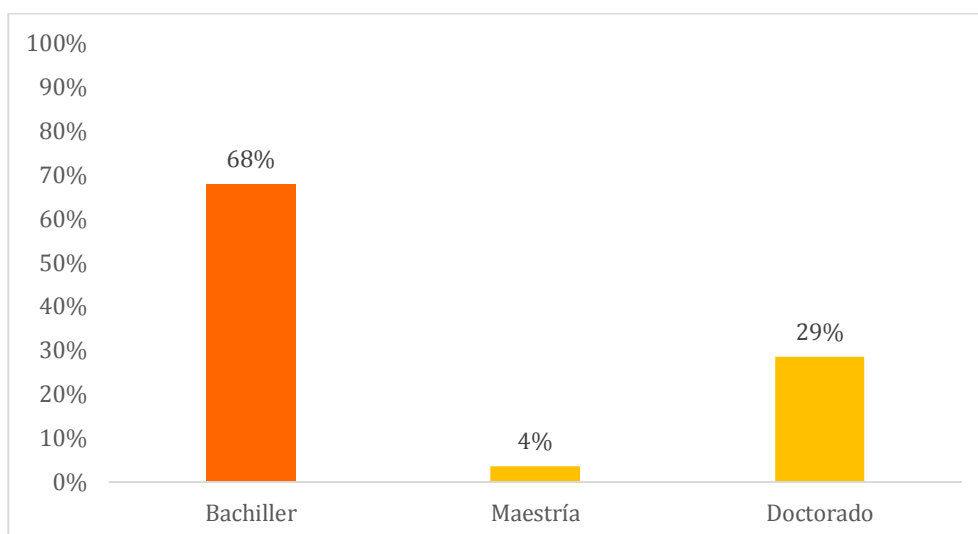
Nivel de estudios de los médicos residentes de oncología del IREN Norte





**Figura N° 04**

Grado académico de los médicos residentes de oncología del IREN Norte



En el cuadro N° 02, se presentan las características académicas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte, siendo: 29% se encuentra en el 1er año, 25% en el 2do y 3er años respectivamente y 21% en el 4to año. Con respecto al grado académico alcanzado: 68% bachilleres, 4% tienen maestría y 29% tienen doctorado.

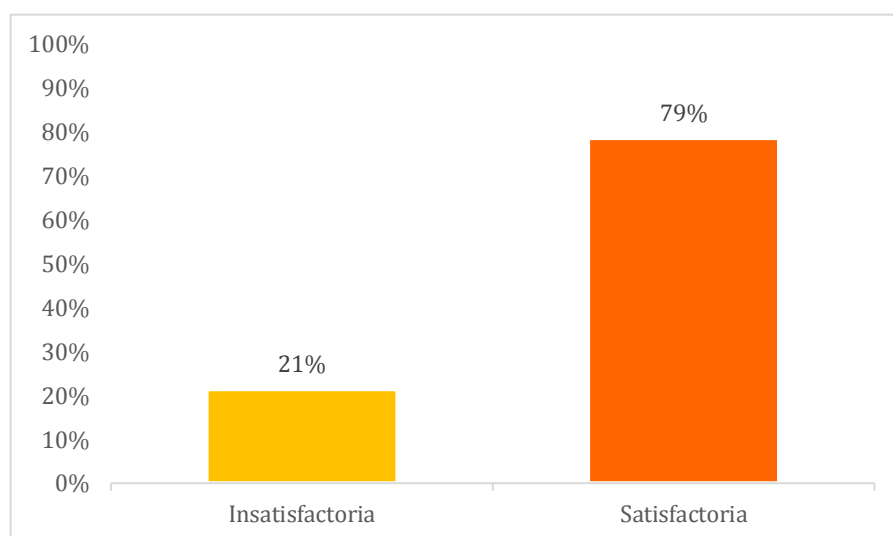
**Cuadro N° 03**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según autoevaluación

	fi	%
Insatisfactoria	6	21%
Satisfactoria	22	79%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 05

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según autoevaluación



En el cuadro N° 03, se observa que el nivel habilidades comunicativas, según la autoevaluación en médicos residentes es satisfactoria en el 79% y es insatisfactoria en el 21% de los casos.

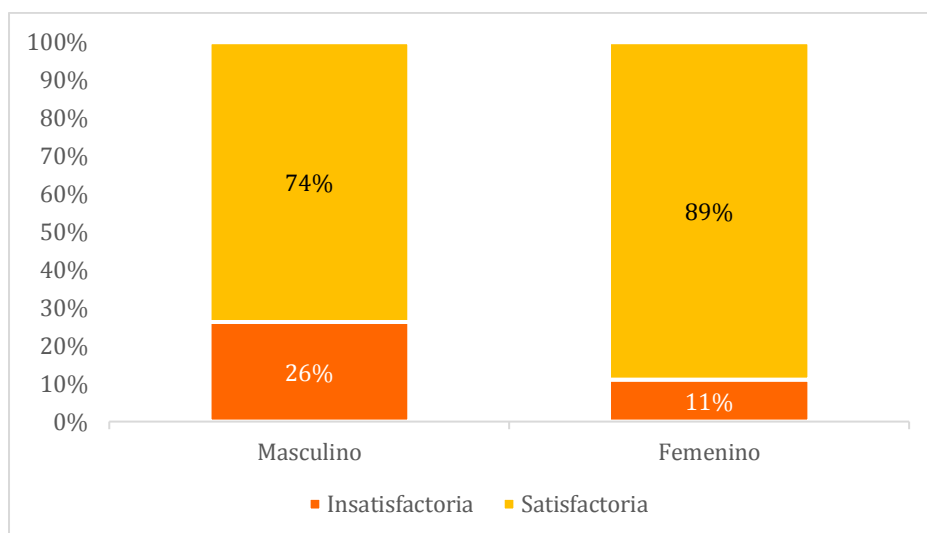
### Cuadro N° 04

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según autoevaluación por género

Género	Masculino		Femenino	
	fi	%	fi	%
Insatisfactoria	5	26%	1	11%
Satisfactoria	14	74%	8	89%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

**Figura N° 06**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del  
IREN Norte, según autoevaluación por género



En el cuadro N° 04, se observa el nivel habilidades comunicativas, según la autoevaluación en médicos residentes por género: siendo 74% satisfactoria en el género masculino y 89% en el femenino, mientras que el nivel de insatisfacción es del 26% en el género masculino y 11% en el género femenino.

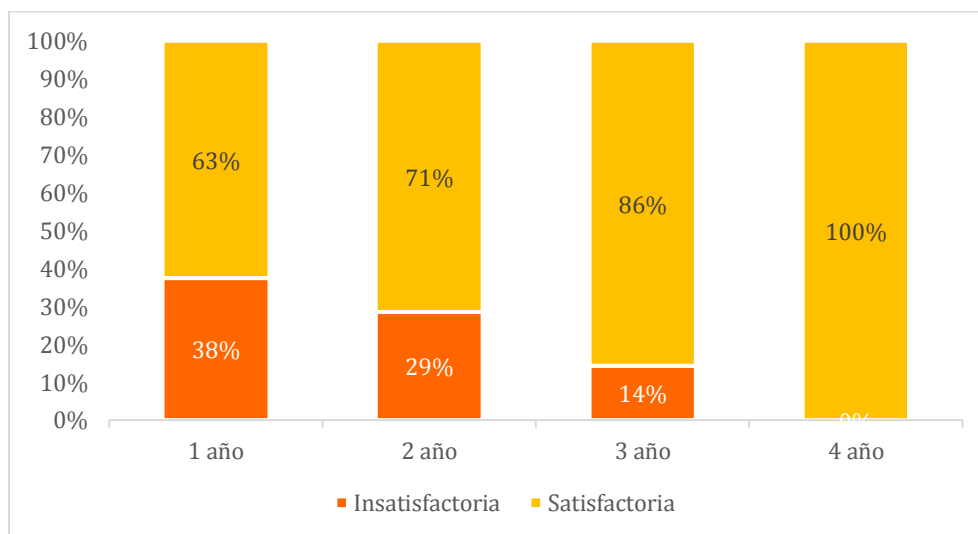
### Cuadro N° 05

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del  
IREN Norte, según residentes por año de formación

Año de formación	1 año		2 año		3 año		4 año	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Insatisfactoria	3	38%	2	29%	1	14%	0	0%
Satisfactoria	5	63%	5	71%	6	86%	6	100%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

### Figura N° 07

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del  
IREN Norte, según residentes por año de formación



En el cuadro N° 05, se observa el nivel habilidades comunicativas, según la autoevaluación en médicos residentes por año de formación: siendo 63% satisfactoria el 1er año, 71% en el 2do año, 86% en el 3 año y 100% en el 4to años, mientras que el nivel de insatisfacción es del 38% en el 1er año, 29% en el 2do año y 14% en el 3er año.

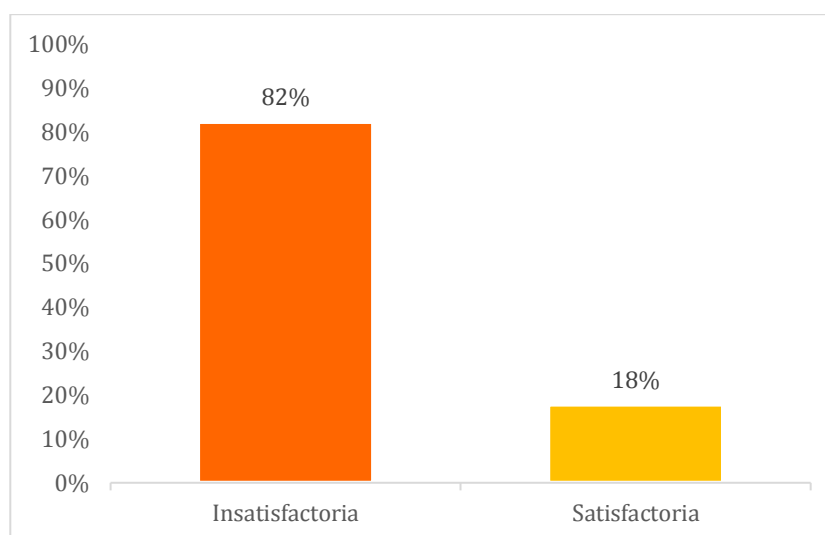
**Cuadro N° 06**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología  
del IREN Norte, según heteroevaluación

	fi	%
Insatisfactoria	23	82%
Satisfactoria	5	18%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Figura N° 08**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología  
del IREN Norte, según heteroevaluación



En el cuadro N° 06, se observa que el nivel habilidades comunicativas, según la heteroevaluación en los tutores de los médicos residentes es insatisfactoria en el 82% y satisfactoria en el 18% de los casos.

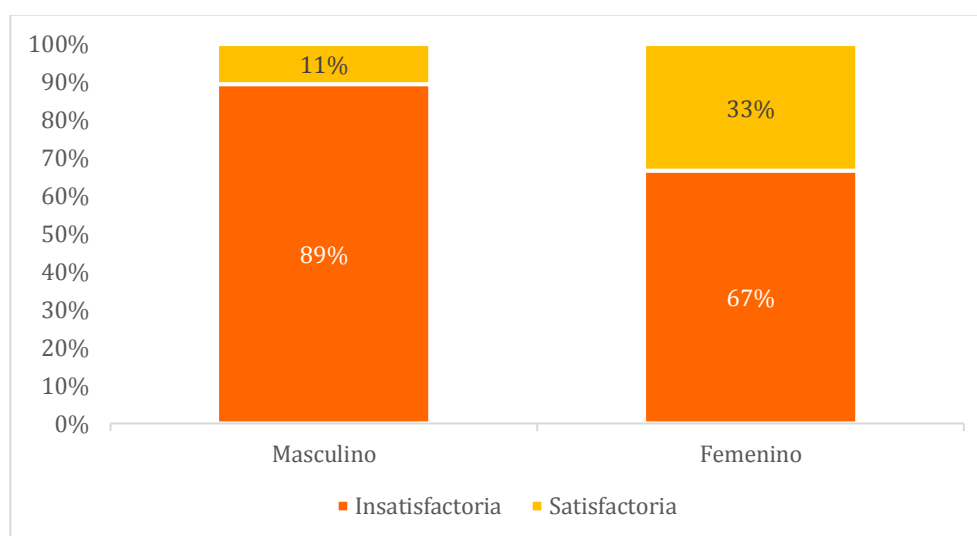
**Cuadro N° 07**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del  
IREN Norte, según heteroevaluación por género

<b>Género</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Insatisfactoria	17	89%	6	67%
Satisfactoria	2	11%	3	33%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

**Figura N° 09**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN  
Norte, según heteroevaluación por género



En el cuadro N° 07, se observa el nivel habilidades comunicativas, según la heteroevaluación en los tutores de los médicos residentes por género: siendo 89% insatisfactoria en el género masculino y 67% en el femenino, mientras que el nivel de satisfacción es del 11% en el género masculino y 33% en el género femenino.

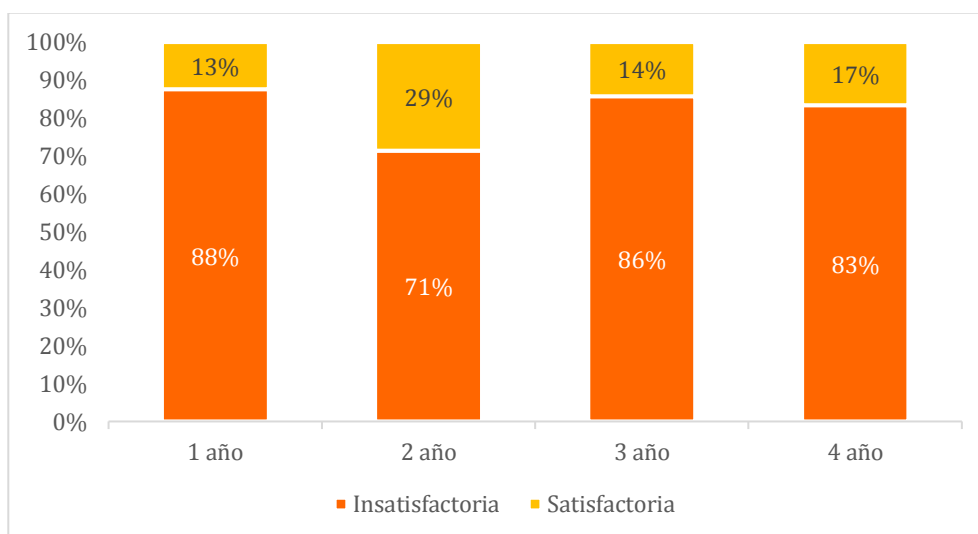
### Cuadro N° 08

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN  
Norte, según residentes por año de formación

Año de formación	1 año		2 año		3 año		4 año	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Insatisfactoria	7	88%	5	71%	6	86%	5	83%
Satisfactoria	1	13%	2	29%	1	14%	1	17%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

### Figura N° 10

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del  
IREN Norte, según residentes por año de formación



En el cuadro N° 08, se observa el nivel habilidades comunicativas, según la heteroevaluación en los tutores de los médicos residentes por año de formación: siendo 88% insatisfactoria el 1er año, 71% en el 2do año, 86% en el 3er año y 83% en el 4to año, mientras que el nivel de satisfacción es del 13% en el 1er año, 29% en el 2do año, 14% en el 3er año y 17% en el 4to año.

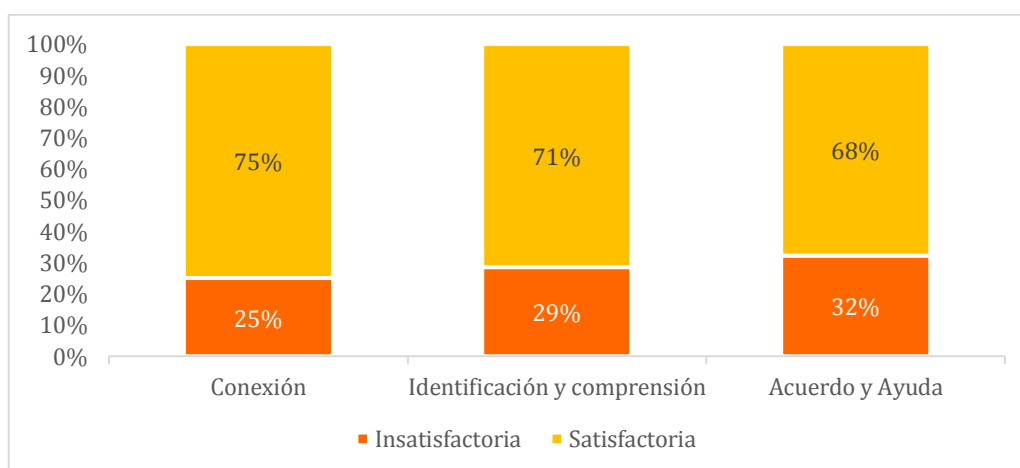
### Cuadro N° 09

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según dimensiones en la autoevaluación

Dimensión	Conexión con el paciente		Comprensión de los problemas		Acordar y ayudar a actuar al paciente	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Insatisfactoria	7	25%	8	29%	9	32%
Satisfactoria	21	75%	20	71%	19	68%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

### Figura N° 11

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según dimensiones en la autoevaluación



En el cuadro N° 09, se observa las dimensiones de las habilidades comunicativas, según la autoevaluación en los médicos residentes: siendo 75% satisfactoria en la dimensión Conexión, 71% en la dimensión Identificación y comprensión y 68% en la dimensión acuerdo y ayuda al paciente.



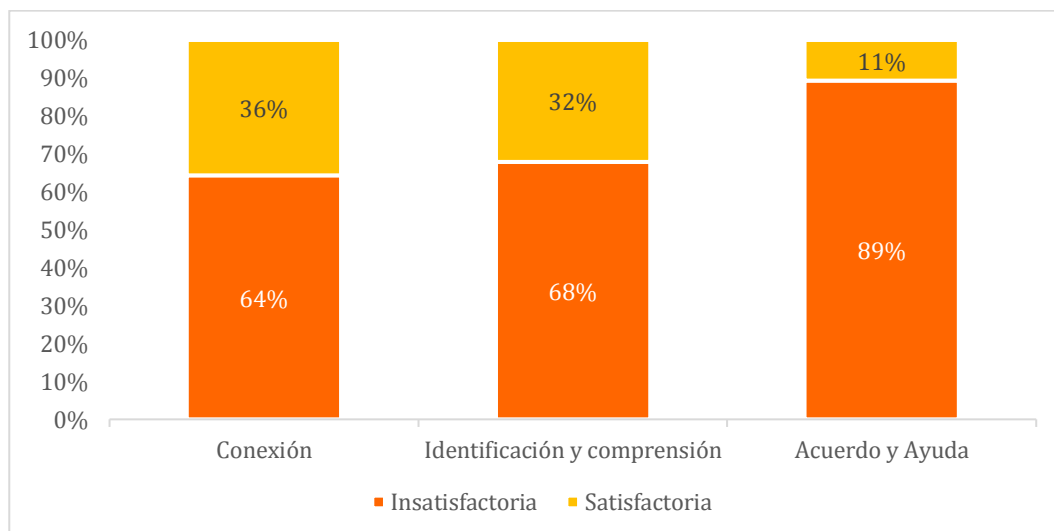
**Cuadro N° 10**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN  
Norte, según dimensiones en la heteroevaluación

Dimensión	Conexión con el paciente		Comprensión de los problemas		Acuerdo y ayuda al paciente	
	fi	%	fi	%	fi	%
Insatisfactoria	18	64%	19	68%	25	89%
Satisfactoria	10	36%	9	32%	3	11%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Figura N° 12**

Nivel de habilidades comunicativas de los residentes de oncología  
del IREN Norte, según dimensiones en la heteroevaluación



En el cuadro N° 10 se observa las dimensiones de las habilidades comunicativas, según la heteroevaluación en los tutores de los médicos residentes la insatisfacción de 64% en la dimensión “conexión con el paciente”, 68% en la dimensión “identificación y comprensión de los problemas”, y 89% en la dimensión “acuerdo y ayuda al paciente”.

### **Cuadro N° 11**

Prueba t de Student para contrastar las habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte, según la autoevaluación y heteroevaluación

	<i>Autoevaluación</i>	<i>Heteroevaluación</i>
Media	42.43	29.93
Varianza	50.70	93.18
Estadístico t	7.41	
P(T<=t)	0.00	
Grado de libertad	27.00	
Valor crítico de t	2.05	

En el cuadro N° 11 se observa que el puntaje promedio obtenido en la autoevaluación de los residentes de oncología del IREN Norte es de 42.43 puntos, con una variabilidad de 50.70. Por otro lado, observamos que el puntaje promedio en la heteroevaluación por parte de los tutores de los docentes es de 29.93 puntos y una variabilidad de 90.18. El valor de la prueba t de Student es de 7.41, con un valor de significancia de 0.00, como el valor de significancia es menor al 0.05 se concluye que existe diferencia significativa entre los resultados de la autoevaluación y heteroevaluación de los residentes de oncología del IREN Norte.

## Cuadro N° 12

### Cuadro comparativo de las habilidades y debilidades comunicativas con mayor incidencia en los médicos residentes de oncología del IREN Norte durante la entrevista clínica

Habilidades	Autoevaluación (médicos residentes)		Heteroevaluación (médicos tutores)	
	Significativa	No significativa	Significativa	No significativa
Conexión médico-paciente	75%	25%	36%	64%
Identificación y comprensión de los problemas del paciente	71%	29%	32%	68%
Acuerdos y ayuda para resolver los problemas del paciente	68%	32%	21%	89%

(\*) Información tomada de los Cuadros N° 09 y 10

En la autoevaluación de los médicos residentes tienen una tendencia favorable, destacando las habilidades relacionadas con la “conexión médico-paciente” (75%), siendo los de menor puntuación los que se ubican en la dimensión “acuerdos y ayuda para resolver los problemas del paciente” (68%).

En el caso de la autoevaluación, los aspectos que destacan por cada dimensión son:

DIMENSIÓN	ASPECTOS MEJOR VALORADOS	ASPECTOS MENOS VALORADOS
Conexión médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortesía y amabilidad</li> <li>• Empatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de la relación con el paciente</li> <li>• Uso de instrumentos de trabajo sin alterar la comunicación</li> </ul>
Identificación y comprensión de los problemas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para entablar la confianza del paciente</li> <li>• Atención y calidad de diálogo con el paciente</li> <li>• Socialización de la prevención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso con las emociones y estado de ánimo del paciente respecto a su enfermedad</li> <li>• Compromiso con el conocimiento del entorno social y familiar del paciente para entender la</li> </ul>

		enfermedad
Acuerdos y ayuda para resolver los problemas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para aclarar las dudas del paciente</li> <li>• Claridad y precisión de la información</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de acuerdos con el paciente, a pesar de las resistencias</li> <li>• Obtención del compromiso del paciente</li> </ul>

En contraposición en la heteroevaluación de los médicos tutores, los médicos residentes presentan alto grado de debilidades comunicativas en la relación con sus pacientes. La dimensión menos significativa es “acuerdos y ayuda para resolver los problemas del paciente” (89%), seguida de la “identificación y comprensión de los problemas del paciente” (68%).

La heteroevaluación destacan los siguientes aspectos por cada dimensión:

DIMENSIÓN	ASPECTOS MEJOR VALORADOS	ASPECTOS MENOS VALORADOS
Conexión médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortesía y amabilidad</li> <li>• Empatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de la relación con el paciente</li> <li>• Uso de instrumentos de trabajo sin alterar la comunicación</li> </ul>
Identificación y comprensión de los problemas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso con las emociones y estado de ánimo del paciente respecto a su enfermedad</li> <li>• Capacidad para entablar la confianza del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la prevención</li> <li>• Contacto visual con el paciente</li> <li>• Compromiso con el conocimiento del entorno social y familiar del paciente para entender la enfermedad</li> </ul>
Acuerdos y ayuda para resolver los problemas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para aclarar las dudas del paciente</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de acuerdos con el paciente, a pesar de las resistencias</li> </ul>

- 
- Claridad y precisión de la información
  - Obtención del compromiso del paciente
-

## **V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de la investigación HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LA ENTREVISTA CLÍNICA DE MÉDICOS RESIDENTES DE ONCOLOGÍA DEL IREN-NORTE, TRUJILLO – 2016, se discutirán en el orden de los objetivos específicos:

Para la discusión de los resultados es necesario precisar que el proceso de evaluación considera dos etapas: 1. La autoevaluación, que realizaron los 28 médicos residentes de oncología de estómago, y, 2. La heteroevaluación, que estuvo a cargo de médicos externos, responsables de la supervisión. En ambos casos se utilizó un instrumento similar compuesto en tres partes:

a) Evaluación de la conexión médico-paciente, y que define los siguientes aspectos:

- Inicio de la relación con el paciente
- Uso de instrumentos de trabajo sin alterar la comunicación
- Cortesía y amabilidad durante la entrevista
- Empatía
- Forma en que se cierra la entrevista con el paciente

b) Identificación y comprensión de los problemas del paciente, que contempla los aspectos siguientes:

- Capacidad para entablar la confianza del paciente
- Contacto visual con el paciente
- Grado de atención y calidad de diálogo con el paciente
- Compromiso con las emociones y estado de ánimo del paciente respecto a su enfermedad
- Compromiso con el conocimiento del entorno social y familiar del paciente para entender la enfermedad
- Socialización de la prevención
- Capacidad de síntesis de las necesidades y expectativas del paciente

- c) Acuerdos y ayuda del médico para resolver los problemas del paciente
- Capacidad para aclarar las dudas del paciente: proceso y problema
- Claridad y precisión de la información
- Búsqueda de acuerdos con el paciente, a pesar de las resistencias
- Retroalimentación
- Obtención del compromiso del paciente

Por tanto, la discusión de resultado establece que:

**OBJETIVO 1. Describir la autoevaluación de las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte en la entrevista clínica con los pacientes según género y año de formación.**

De manera general, podemos apreciar a que, desde el proceso de autoevaluación, los médicos residentes expresan un alto nivel de satisfacción (79%) respecto a sus habilidades comunicativas (Cuadro N° 03). Esta situación es más notoria en médicos del género femenino con el 89%, respecto al masculino, con 74% (Cuadro N° 04).

Asimismo, puede definirse que el nivel de satisfacción respecto a sus habilidades comunicativas se incrementa con el año de formación del médico, tal como lo muestra el Cuadro N° 05, en el que se puede advertir que el alto grado de satisfacción se distribuye de la manera siguiente: primer año (63%), segundo año (71%), tercer año (86%), y cuarto año (100%). Estos resultados finales concuerdan con la opinión de Tiuraniemi J, et al. (2011), quien determinó que en un corto periodo de tiempo la percepción en la autoevaluación de las habilidades comunicativas es afectada positivamente. Si bien es cierto, los estudiantes del primer año, no tienen el mayor porcentaje, tienen una percepción altamente significativa (63%).

La comunicación en la salud se da a través de un proceso que engloba tareas específicas y comportamientos observables tanto del profesional como del paciente, que incluye entrevistas para obtener una historia médica, explicar el

diagnóstico y el pronóstico, dar instrucciones terapéuticas y la información necesaria para el consentimiento informado para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y proporcionar asesoramiento para motivar la participación en el tratamiento o para aliviar los síntomas. (Coulehan JL y Block MR; 2001: s/p), (Cole SA y Bird J; 2000:13).

**OBJETIVO 2. Describir la heteroevaluación de las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología del IREN Norte en la entrevista clínica con los pacientes según género y año de formación.**

Contradictoriamente, la heteroevaluación de los médicos tutores que se expone en el Cuadro N° 06, describe que las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología de estómago, es altamente insatisfactoria (82%), recayendo el mayor grado de insatisfacción en los residentes masculino con 89%, respecto al 67% que se identifica en las mujeres (Cuadro N° 07). Finalmente, respecto al año de formación del médico residente, existe mayor insatisfacción con los médicos de primer año (88%); en tanto que, el menor grado de insatisfacción recae en los de segundo año (71%).

Fellowfield L, et al. (2002) en su trabajo de investigación evaluaron la eficacia de un curso para mejorar las habilidades comunicativas en médicos oncólogos, concluyendo que los problemas de comunicación no se resuelven con el tiempo y la experiencia clínica y que los cursos de capacitación mejoran significativamente las habilidades claves de comunicación. Esta posición contrasta con la concepción clásica, que consideraba que las competencias clínicas básicas del médico no incluían las habilidades de comunicación (HC), siendo “la comunicación una habilidad innata del profesional, que no se podía aprender y (. . .) no requería enseñanza” (Moore P, Gómez G y Kurtz S; 2012: 44-65).

Si consideramos que las habilidades comunicativas se relacionan con la capacidad de desempeñar determinadas tareas de manera consistente para influir en las personas y se orientan a un proceso, pues la comunicación es un círculo donde el sujeto influye en otros individuos y los otros en él (O’Connor y



Seymour;1999), estas no han logrado ser canalizadas efectivamente; debiéndose reforzar mediante programas de capacitación que permita alcanzar relaciones más efectivas. El factor de evaluación externo suele ser más crítico y objetivo.

Por tanto, reconociendo estas debilidades, es importante que antes de fortalecer las habilidades comunicativas interpersonales, se inicie con procesos de capacitación que permitan mejorar las habilidades intracomunicacionales. Para Meichembaum, la comunicación intrapersonal es un proceso de naturaleza cognitiva y se utiliza como técnica de intervención psicológica. Incluye la integridad personal, particularidad humana que se fortalece a través de la autoestima, la identidad, la autonomía, la humildad, la empatía, la capacidad de diálogo y valores, factores indispensables para la construcción de contextos estables (1981: s/p).

**OBJETIVO 3. Elaborar un cuadro comparativo de las habilidades y debilidades comunicativas con mayor incidencia en los médicos residentes de oncología del IREN Norte durante la entrevista clínica, definidas en los procesos de heteroevaluación y autoevaluación.**

De acuerdo a la autoevaluación de los médicos residentes, descritas en el Cuadro N° 09, el grado de satisfacción de las habilidades comunicativas, va en el siguiente orden: 1. “Conexión con el paciente” (75%): cortesía, amabilidad y empatía; 2. “Identificación y comprensión de los problemas” (71%): capacidad para entablar la confianza del paciente, atención y calidad de diálogo con el paciente y socialización de la prevención; y, 3. “Acuerdo y ayuda al paciente” (68%): capacidad para aclarar las dudas del paciente, claridad y precisión de la información y retroalimentación.

Como se ha descrito en la discusión del objetivo anterior, desde la heteroevaluación de los médicos tutores, las habilidades comunicativas de los médicos residentes son, altamente insatisfactorias. En el Cuadro N° 10 se observa el siguiente orden valorativo: 1. “Acuerdo y ayuda al paciente” (89%): búsqueda de acuerdos con el paciente, claridad y precisión de la información y obtención del compromiso del paciente; 2. “Identificación y comprensión de los

problemas” (68%): socialización de la prevención, contacto visual con el paciente y compromiso con el conocimiento del entorno social y familiar del paciente para entender la enfermedad; y, 3. “Conexión con el paciente” (64%): inicio de la relación con el paciente y uso de instrumentos de trabajo sin alterar la comunicación.

En estos resultados predomina el sentido verbal de la relación, no obstante, la inexperiencia relacional de los médicos residentes, no toman en cuenta los considerandos de los estudios sobre las formas de comunicación, que establecen que, lo que decimos es un 10% del éxito de la relación, como lo decimos es el 40%, y el restante 50% está formado por el lenguaje no verbal; por tanto, es importante el fortalecimiento de las habilidades kinésicas y socioculturales. En este proceso no verbal, intervienen diversos tipos de códigos, que se relacionan con: el contacto físico, la proximidad, la orientación, la apariencia, las inclinaciones y movimientos de cabeza, la expresión del rostro, los gestos, la postura, el contacto visual y los aspectos no verbales de la palabra.

Sogi C, et al. (2006), en su estudio encontró que existían deficiencias clínicas básicas en el dominio de: a) El método clínico; b) La obtención de información psicosocial; c) La evaluación de la comprensión del paciente; d) El manejo de emociones; e) La comunicación no verbal. De todas estas deficiencias, coincide que los docentes de los médicos residentes también encuentran niveles altos de insatisfacción en la dimensión Identificación y comprensión del paciente, a pesar que en la autoevaluación los médicos residentes perciben tener niveles altos de satisfacción en dicha dimensión.

**OBJETIVO GENERAL. Determinar las habilidades comunicativas de los residentes de oncología del IREN Norte en la entrevista clínica.**

El puntaje promedio obtenido en la autoevaluación de los residentes de oncología del IREN Norte fue de 42.43 puntos, con una variabilidad de 50.70. Por otro lado, observamos que el puntaje promedio en la heteroevaluación por parte de los tutores de los médicos residentes fue de 29.93 puntos y una variabilidad de 90.18. El valor de la prueba t de Student es de 7.41, con un valor

de significancia de 0.00, como el valor de significancia es menor al 0.05 se concluye que existe diferencia significativa entre los resultados de la autoevaluación y heteroevaluación a los residentes de oncología del IREN Norte (cuadro N° 11).

Como podemos observar, existe mucha diferencia en las percepciones de la autoevaluación de los médicos residentes y tutores. Eva KW y Regehr G (2005) indican que existe falta de evidencia en una autoevaluación efectiva y reconocen que la autoevaluación es pobre en comparación con la evaluación externa.

Siendo los médicos residentes parte de una organización de salud, ¿por qué es importante que mejore sus habilidades comunicativas? El recurso más importante de cualquier organización está constituido por el equipo humano que la integra, quienes desarrollarán sus actividades de forma coordinada, según las responsabilidades que le asignen. La comunicación interpersonal sirve para marcar objetivos y tácticas, para reportar problemas y dificultades, en definitiva, para dar cohesión, fluidez, flexibilidad, coherencia, energía, motivación y empuje al equipo. La comunicación fluye de arriba-abajo, de abajo-arriba, horizontalmente, en las organizaciones; casi siempre a través del eslabón persona a persona. Si este eslabón fallase, normalmente se cortaría la comunicación organizativa y el equipo se derrumbaría, surgiría el caos, y al final la propia organización dejaría de existir.

## VI. CONCLUSIONES

**1.** Los médicos residentes expresan un alto nivel de satisfacción respecto a sus habilidades comunicativas, principalmente en médicos del género femenino. Asimismo, el nivel de satisfacción, de acuerdo a la autoevaluación, va en proporción directa con los años de formación del residente; es decir, a mayor cantidad de años de estudios, mayores habilidades comunicativas en su relación con sus pacientes. No obstante, los resultados también evidencian un bajo criterio de autocrítica en relación a los aspectos negativos como profesional.

**2.** La heteroevaluación de los médicos tutores concluye que las habilidades comunicativas de los médicos residentes de oncología de estómago durante la atención de sus pacientes, son altamente insatisfactorias, recayendo el mayor grado de responsabilidad en los residentes del género masculino. Por otro lado, respecto al año de formación del residente, la evaluación externa considera que existe mayor insatisfacción de este tipo de habilidades con los participantes del primer año de estudios.

**3.** Los procesos de autoevaluación y heteroevaluación son proporcionalmente opuestos. Los residentes de oncología de estómago tienen una posición favorable, al considerar que sus habilidades comunicativas para tratar a sus pacientes son altamente significativas. Esta situación contrasta con la opinión de sus evaluadores externos, quienes establecen que los residentes tienen habilidades comunicativas altamente insatisfactorias.

En ambos procesos de evaluación (autoevaluación y heteroevaluación), las habilidades comunicativas se definieron mediante tres dimensiones de estudio: conexión con los pacientes, identificación y comprensión de los problemas del paciente, y acuerdos y ayudas del médico-paciente. Cada una de ellas considera varios aspectos o factores. De manera general, se coincide que los factores con mejor ponderación son: cortesía, amabilidad y empatía con el paciente (primera dimensión); capacidad para entablar la confianza del paciente (segunda dimensión); y, claridad y precisión de la información (tercera dimensión).

4. Como conclusión general, se establece que existe falta de evidencia en una autoevaluación efectiva y reconocen que la autoevaluación es pobre en comparación con la evaluación externa. El puntaje promedio obtenido en la autoevaluación de los residentes de oncología del IREN Norte fue de 42.43 puntos, con una variabilidad de 50.70. Por otro lado, observamos que el puntaje promedio en la heteroevaluación por parte de los tutores de los médicos residentes fue de 29.93 puntos y una variabilidad de 90.18. El valor de la prueba  $t$  de Student es de 7.41, con un valor de significancia de 0.00. Como el valor de significancia es menor al 0.05, se concluye que existe una diferencia significativa entre los resultados de la autoevaluación y heteroevaluación a los residentes de oncología del IREN Norte.

## **VII. RECOMENDACIONES**

A partir de los resultados se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Incorporar a la comunicación como una competencia genérica en las currículas universitarias de los profesionales de la salud, capaces de generar habilidades del profesional en la entrevista con el paciente, las habilidades de escucha, la comunicación de malas noticias, la empatía, el respeto por la diversidad, las habilidades para transmitir recomendaciones a los pacientes y sus cuidadores. La relación que el médico y el paciente establecen es clave para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.
2. Desarrollar actividades de responsabilidad social que incluya la participación voluntaria de los estudiantes del área de la salud, en las que se permita el desarrollo de competencias comunicacionales y relacionales.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Board of Internal Medicine. About the American Board of Internal Medicine. (2011). Estados Unidos.
2. Bosman, F. (2008). Pag. 136. *Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training*. Geneva: Universidad de Geneva.
3. Borrell, F. (2013). *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid.
4. Bertakis, K. (2001). Pag. 19-31. *The influence of gender on the doctor-patient interaction. Patient Education and Counseling*. Estados Unidos.
5. Clèries Costa, X., Borrell, F., Epstein, R.M. & Kronfly Rubiano, E. (2013). Pag. 110. *Aspectos comunicacionales: El reto de la competencia de la profesión médica- Atención primaria*. Estados Unidos.
6. Cole, SA. & Bird J. (2000). Pag. 13. *The medical interview: The three-function approach (2nd ed)*. Saint Louis (Missouri): Mosby Year Book. Estados Unidos.
7. Coulehan, JL. & Block, MR. (2000). *The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice*. Estados Unidos, Philadelphia.
8. Duffy, FD., Gordon, GH., Whelan G., & R, Buffone N. (2004). *Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report*. Estados Unidos: Instituto de Medicina.
9. Dubé. (2000). *Communication skills for preventive interventions. Academic Medicine*. Estados Unidos.
10. Duke, MB., Griffith, CH., Haist, SA., Wilson, JF. (2001). *A clinical performance exercise for medicine-pediatrics residents emphasizing psycho-social skills*. Estados Unidos.

11. Epstein RM. & Street RL. (2007). Jr. *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Estados Unidos.
12. Eva KW, & Regehr G. (2005), Pag. 46-54. *Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda*, *Academic Medicine*. Estados Unidos.
13. Fallowfield, L, Jenkins, V, Farewell, V, Saul, J, Duffy A. & Eves R. (2002). Pag. 650. *Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial*. Londres.
14. Festinger, L. (1997). *A theory of cognitive dissonance*. Estados Unidos: Stanford, CA: Stanford University Press.
15. Gutiérrez y Vera, Sylvia. (2012). *La importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales y laborales*. Universidad Autónoma Metropolitana. Mexico.
16. Huamán Flores, Fernando (2011). La comunicación interpersonal como instrumento en la teoría sociológica de Robert Park. Revisado en: <http://udep.edu.pe/comunicacion/rcom/pdf/2011/Art51-70.pdf>. Accesado el 28/11/2016.
17. Janisse, T., Vuckovic, N. (2002). *Can some clinicians read their patients' minds? Or do they just really like people? A communication and relationship study*. Estados Unidos.
18. Laín, P. (2003). *El médico y el enfermo. La relación médico-enfermo*, España, Madrid.
19. Lane, D.R. (2000). *Interpersonal Communication Handbook*. Acton, MA: Tapestry Press. Estados Unidos.



20. Lipkin, M., Frankel, RM., Beckman, HB. & Charon R. (1995). *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer-Verlag.
21. Meichenbaum, D.H. (1981). *Una perspectiva cognitivocomportamental del proceso de socialización. Análisis y modificación de conducta*, Vol. 7. Estados Unidos.
22. Moore, P, Gómez G. & Kurtz, S. (2012). Pag. 44-65. *Comunicación médico-paciente: Una de las competencias básicas pero diferentes, Atención Primaria*. España.
23. Norcini, JJ., Fortna, G., Blank, LL., Duffy, D. (2003). *The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills* (clinical evaluation exercise): A preliminary investigation. Estados Unidos.
24. O'Connor, J. & Seymour, B. (1999). *PNL para Formadores*. Ediciones Urano. España.
25. Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal, tomo I. Cultura, lenguaje y conversación*. España, Madrid.
26. Ruiz Moral, R., & Pérula de Torres, L.A. (2006), Pag. 320-324. *Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA*. Atención Primaria. España: Universidad de Antioquia.
27. Rider, EA., Hinrichs, MM., Lown, BA. (2006), Pag. 127. *A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum*. Med Teach. Estados Unidos.
28. Pajaro, Senén (2010). *La comunicación interpersonal*. Revisado en: <http://www.revistadintel.es/Revista/Numeros/Numero4/Seguridad/SISA/SISA4.pdf>. Accesado el 28/11/2016.

29. Stewart, M., Brown, JB. & Donner. (2000), pag. 405 *A The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract.* Estados Unidos.
30. Spitzberg, B. H., & Cupach, W. R. (1984). *Interpersonal communication competence.* Estados Unidos, Beverly Hills, CA: Sage.
31. Stewart, MA., Brown, JB., Donner, A. & McWhinney IR. (2000), Pag. 796-804. *The impact of patient-centered care on outcomes.* Estados Unidos.
32. Street, RL., Makoul, G., Arora, NK., Epstein, RM. (2009). *How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communications to health outcomes.* Canada.
33. Silver, I., Campbell, C., Marlow, B., Sargeant, J. (2008). *Self-assessment and continuing professional development: The Canadian perspective. J Contin Educ Health Prof.* Canada.
34. Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, MA., & Salcedo, C. (2006), Pag. 30-37. *Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente. Encuesta en médicos graduados.* Perú.
35. Tiuraniemi J, Laara R, Kyrö T, & Lindeman S. (2011), Pag. 152-157. *Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. Patient Educ Couns.* Estados Unidos.
36. Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphine, D. & Wenghofer E. (2007). *Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities.* Estados Unidos.
37. Towle, A., Godolphin, W. (1999). *Framework for teaching and learning informed shared decision making.* Estados Unidos.

38. Valbuena, F. (1996). *La comunicación y sus clases. Aplicaciones a diversos campos de la actividad humana*. España.
39. Whelan, GP. (1999), Pag. 156-160. *Educational Commission for Foreign Medical Graduates: clinical skills assessment prototype. Med Teach*. Estados Unidos.
40. X, Clèries. (2010) *La esencia de la comunicación en educación médica*. España, Barcelona.
41. Zoppi, K., Epstein, RM. (2002). *Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. Family Med*. Estados Unidos.

# ANEXOS

## ANEXO 1

**Cuestionario CICCA para la autoevaluación** (tomado de (Ruiz-Moral R, Pérula L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICA. Aten Primaria 2006; 320).

### CUESTIONARIO DE LA ACTUACIÓN DEL RESIDENTE EN LAS ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN MÉDICA

**Estimado residente, usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, por lo que se requiere que si está de acuerdo conteste este cuestionario.**

☐ La información que ofrezca será confidencial, y no le significara daños a su integridad personal ni a su desarrollo personal ni profesional.

☐ Si lo considera, puede no realizar la encuesta

Ciclo de estudios.....

Docente.....

Edad:.....Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Grados académicos previos: Bachiller ☐ Maestro ☐ Doctor ☐

Datos globales: RESIDENTE: _____ CODIGO: _____ SEDE: _____				
Tiempo total de consulta (segundos y minutos):	Hasta Explorar (segundos):	Exploración (segundos):	<b>Motivo de consulta:</b> Principal: _____ 2º _____ 3º _____	
Profesional: M ( ) F ( ) Tipo: Med. ( ) Resi. ( ) Enfer. ( ) Proceso: Agudo ( ) Crónico ( )				
Paciente: M ( ) F ( ) R ( ) E ( ) Acompaña: Si ( ) No ( ) Visita: Inicial ( ) Revisión ( )				
<b>TAREA 1. CONECTAR</b>				
			<b>NP</b>	<b>0</b>
			<b>1</b>	<b>2</b>
1. ¿En qué medida recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida hace uso de la computadora u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal de usted es el adecuado?				
5. ¿En qué medida muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
<b>TAREA 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>			<b>NP</b>	<b>0</b>
			<b>1</b>	<b>2</b>

7. ¿En qué medida ha mostrado una reactividad adecuada				
8. ¿En qué medida facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?				
10. ¿En qué medida capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida emplea preguntas abiertas?				
12. ¿En qué medida ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida ha explorado como afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida ha explorado el entorno socio familiar?				
19. ¿En qué medida ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o ha realizado actividades preventivas?				
20. ¿En qué medida ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
<b>TAREA 3 Y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR</b>	<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
21. ¿En qué medida trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida ofrece la información de forma clara?				
25. ¿En qué medida da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre Ud. y el paciente, ¿En qué medida busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?				
28. ¿En qué medida comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿Consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No procede; 0: muy escasamente o escasamente; 1: aceptablemente; 2: casi totalmente o totalmente

He revisado el cumplimiento de todos los ítems

PUNTUACIÓN TOTAL/número de ítems con NP



Gracias por su colaboración.

## ANEXO 2

**Cuestionario CICCIA para la heteroevaluación (tomado de (Ruiz-Moral R, Pérula L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICCIA. Aten Primaria 2006: 320).**

### CUESTIONARIO DE LA ACTUACIÓN DEL RESIDENTE EN LAS ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN MÉDICA

**Estimado doctor(a): Ud. Ha sido seleccionado para participar en esta investigación, por lo que se requiere que si está de acuerdo conteste este cuestionario.**

☐ La información que ofrezca será confidencial, y no le significara daños a su integridad personal ni a su desarrollo personal ni profesional.

☐ Si lo considera, puede no realizar la encuesta

Docente.....

Residente a cargo.....

Grados académicos previos: Bachiller ☐ Maestro ☐ Doctor ☐

Datos globales: RESIDENTE: _____ SEDE: _____				
Tiempo total de consulta (segundos y minutos):	Hasta Explorar (segundos):	Exploración (segundos):	<b>Motivo de consulta:</b> Principal: _____ 2º _____ 3º _____	
<b>Profesional:</b> M ( ) F ( ) <b>Tipo:</b> Med. ( ) Resi. ( ) Enfer. ( ) <b>Proceso:</b> Agudo ( ) Crónico ( )				
<b>Paciente:</b> M ( ) F ( ) R ( ) E ( ) <b>Acompaña:</b> Si ( ) No ( ) <b>Visita:</b> Inicial ( ) Revisión ( )				
<b>TAREA 1. CONECTAR</b>				
	<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida el profesional hace uso de la computadora u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
<b>TAREA 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>				
	<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				

9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado como afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o ha realizado actividades preventivas?				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
<b>TAREA 3 Y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR</b>	<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿En qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿Consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No procede; 0: muy escasamente o escasamente; 1: aceptablemente; 2: casi totalmente o totalmente

He revisado el cumplimiento de todos los ítems \_\_\_\_\_



PUNTUACIÓN TOTAL/número de ítems con NP

Gracias por su colaboración.



## EJERCICIO DE EVALUACIÓN MINI-CLÍNICO (MINI-CEX)

### Breve resumen del caso:

--

--

[illegible]

**Basándose en esta observación, por favor califique el nivel de competencia general que el residente ha demostrado:**

<b>Puntuación</b>	<b>Descripción</b>	
Por debajo del nivel esperado durante el Programa de Residencia Médico	Demuestra habilidades básicas de consulta que resultan en la historia incompleta y/o hallazgos de exploración. Muestra limitado juicio clínico tras el encuentro.	<input type="checkbox"/>
Realizado en el nivel esperado al término del entrenamiento (rotación)	Demuestra habilidades sólidas de consulta que resultan en una adecuada historia y/o hallazgos de exploración. Muestra básico juicio clínico tras el encuentro.	<input type="checkbox"/>
Realizado en un nivel arriba de lo esperado al término del entrenamiento (rotación)	Demuestra buena capacidad de consulta que resulta en una historia de sonido y/o resultados de los exámenes. Muestra buen juicio clínico tras encontrarse consistente con los principios de formación	<input type="checkbox"/>
Realizado en un nivel esperado durante el período de su formación superior	Demuestra habilidades de consulta excelente y oportuna que resultan en una historia completa y/o hallazgos de exploración en una situación compleja o difícil. Muestra un buen juicio clínico tras el encuentro.	<input type="checkbox"/>
Realizado en un nivel esperado finalizada su formación superior	Demuestra habilidades ejemplares de consulta que resultan en una historia completa y/o hallazgos de exploración en una situación compleja o difícil. Muestra excelente juicio clínico tras el encuentro, consistente con la finalización de la formación superior.	<input type="checkbox"/>

**¿Cuáles aspectos del encuentro estuvieron bien hechos?**

**¿Algún área propuesta por mejorar?**

**Acción Acordada:**

Firma del Residente

Firma del Tutor